

CUPRINS

CUPRINS.....	1
INTRODUCERE.....	18
CAPITOLUL I.....	20
OBIECTUL ȘI DOMENIUL	20
PSIHOPEDAGOGIEI SPECIALE.....	20
<i>1. Locul și rolul Psihopedagogiei speciale în cadrul științelor psihopedagogice.....</i>	<i>20</i>
<i>2. Cadrul conceptual și terminologia Psihopedagogiei speciale</i>	<i>24</i>
2.1. Clarificarea noțională și operațională a conceptului de “handicap”.....	24
2.2. Noi concepte și schimbări de sensuri ale unor noțiuni și sintagme din sfera psihopedagogiei speciale.....	26
CAPITOLUL II.....	34
STUDIAREA PARTICULARITĂȚILOR PROCESULUI DEZVOLTĂRII LA COPIII CU DIZABILITĂȚI (după Gh. Radu, 1999).....	34
<i>1. DEZVOLTAREA PSIHICĂ ȘI ÎNVĂȚAREA ÎN CAZUL PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI.....</i>	<i>36</i>
1.1. Conceptul de dezvoltare, tulburări primare și derivate ale dezvoltării.....	36
1.2. Raportul dintre fenomenul de dezvoltare psihică și activitățile de învățare.....	37

2. <i>Relația învățare-dezvoltare la elevii cu CES</i>	40
2.1. Clasificarea tulburărilor dezvoltării (stărilor disontogenice), după V. V. Lebedinski, 1985:.....	45
2.2. Localizarea defectelor la diferite categorii de deficienți. .	47
3. <i>DEZVOLTAREA COMPENSATORIE</i>	48
3.1. Definiția dezvoltării compensatorii.....	48
3.2. Formele compensării:.....	50
3.3. Principiile adaptării compensatorii (D. Damaschin, 1973):	51
4. <i>CONCEPTUL DE ÎNVĂȚARE</i>	53
<i>RELAȚIA ÎNVĂȚARE – DEZVOLTARE</i>	53
4.1. Forme ale învățării:.....	55
4.2. Rolul activității în dezvoltarea psihică.....	57
CAPITOLUL III	59
SPECIFICUL EVALUĂRII ȘI INTERVENȚIEI LA COPIII CU DIZABILITĂȚI. (după Verza, E., 1987,1995 și Radu, Gh., 2002)	59
1. <i>DEMERSURI PSIHOLOGICE ȘI SPECIFICUL PROGNOZEI ÎN PSIHOPEDAGOGIA SPECIALĂ</i>	59
2. <i>SPECIFICUL INTERVENȚIEI EDUCATIV – TERAPEUTICE (Tipuri de recuperare):</i>	85
capitolul iv	93
Determinări în RELAȚIA	93
COMUNICARE – PERSONALITATE - COMPORTAMENT	93
LA PERSOANELE CU DIZABILITĂȚI	93

CAPITOLUL V.....116

**PRINCIPALELE CATEGORII DE PERSOANE CU
DIZABILITĂȚI.....116**

1. DEFICIENȚA DE INTELECT (după Gh.Radu, 1999).....	116
1.1. Definiția deficienței de intelect.....	116
1.2. Etiologia deficienței de intelect.....	118
1.3. Clasificarea deficienței de intelect.....	120
1.4. Structura personalității debilului mintal.....	126
a. Subsistemul cognitiv.....	126
b. Subsistemul comunicational.....	130
c. Subsistemul afectiv-motivațional.....	133
1. 5. Particularitățile dinamicii dezvoltării corticale și psihice deficientului mintal (după Gh. Radu, 1999).....	137
„Vâscozitatea genetică” sau patologică.....	138
Caracterul limitat al zonei proximei dezvoltări.....	141
Heterocronia patologică a dezvoltării.....	144
Inerția oligofrenică, ca dereglare a dinamicii corticale a deficientului mintal.....	147
Rigiditatea (reacțiilor comportamentale).....	152
Fragilitatea și labilitatea conduitei verbale.....	152
Fragilitatea construcției personalității deficientului mintal	153
2. deficiența de vedere.....	154
2.1. Delimitări conceptuale.....	154
2.2. Etiologia deficiențelor de vedere.....	155
2.3. Clasificarea deficiențelor de vedere.....	157
2.4. Dezvoltarea psihică și fizică la deficienții de vedere din perspectiva mecanismelor compensatorii.....	158

**În primul rând modul de compensare este condiționat de
deficiența primară, adică de natura, gradul, gravitatea și**

**cauzele deficienței vizuale, de eventualele deficiențe asociate.
.....160**

Altfel compensează un copil atins de cecitate totală și altfel un ambliop. Într-un fel compensează un miop și într-alt fel un hipermetrop. Îngustarea câmpului vizual este altfel compensată decât pierderea câmpului profunzimii. În felul cum se manifestă compensația contează și vârsta la care a apărut deficiența vizuală, adică instalarea timpurie a mecanismelor compensatorii sau formarea lor târzie, în interferență cu deprinderile deja existente și în condițiile unor stări afective negative.160

**Existența frecventă a unor consecințe secundare negative ale deficienței complică situația, căci și ele trebuie compensate, ele handicapându-l pe copil tot atât de mult cât și deficitul primar.
.....160**

Consecințele negative pot apărea pe planul dezvoltării fizice, intelectuale, psihomotorii și afectiv – atitudinale, solicitând forme specifice de compensare. Procesele psihice pot sprijini dar pot și contracara bunul mers al compensației. Trăsăturile tipologice și particularitățile individuale: fire activă sau pasivă, tip extravert sau introvert, instalare rapidă sau lentă a reflexelor etc, își au, și ele, un rol condiționat în procesul compensației.160

Trebuie să apreciem dacă metodele de compensare folosite servesc realmente depășirii dificultăților întâmpinate de acești copii și dacă nu cumva ele au efecte secundare nedorite, dăunătoare.161

De exemplu, un ambliop care, pentru a-și compensa deficiența, practică predominant o investigare tactilă, chiar dacă nu

elimină complet vederea. În felul acesta el obține, într-adevăr, o imagine mai precisă a obiectului percepției. Pipăitul se dovedește productiv. Se întâmplă însă că, obișnuindu-se să perceapă pe cale tactilă și renunțând din ce în ce mai mult la exercițiul vizual, vederea lui devine din ce în ce mai puțin eficientă, fiindcă nu este utilizată. În acest caz, modul de compensare care-l ajută pentru moment se dovedește nociv pe termen lung și educatorul va trebui să intervină. Dacă însă copilul suferă de glaucom infantil și știm de la medicul oftalmolog că el își va pierde în curând vederea și deci trebuie să-și perfecționeze percepția tactilă, pentru a putea fi pregătit unei noi situații, atunci vom considera că aceeași modalitate de compensare este pozitivă.161

Nevăzătorul care își compensează sentimentul de frustrare prin efortul de a reuși într-un domeniu în care simte că are posibilități, compensează în sens pozitiv, desigur. Totuși, închiderea în sine și stările de reverie consolatoare în care se refugiază un nevăzător care se simte inferiorizat și insecurizat, chiar dacă reprezintă un mecanism imediat de apărare a Eu-lui, pot duce în cele din urmă la anumite forme de nevroză.162

La nevăzători, tendința de amplificare a reacțiilor de orientare și de apărare față de stimuli auditivi este o compensare spontană. La unii ambliopi, ochiul apropiat de obiect sau obiectul apropiat de ochi, în care caz se elimină și convergența, constituie o formă de compensare spontană, adesea nocivă. ..162

Se pot distinge, pe de o parte compensarea spontană, care se poate manifesta în afara acțiunii educaționale iar pe de altă parte compensarea dirijată, ale cărei mecanisme sunt stimulate și dezvoltate în mod deliberat, ca parte a unui sistem de educație. Compensația se poate învăța. Uneori compensarea

dirijată constă într-un proces de autoeducație, pe care copilul îl desfășoară la îndemnul și sub îndrumarea educatorului.162

Uneori compensarea spontană se realizează nu numai prin mecanismele naturale de adaptare dar și cu ajutorul unor instrumente, aparate sau alte instrumente ajutătoare, de natură tehnică (A. Rozorea, I. Mușu, 1997). O simplă lupă folosită de elevul ambliop poate ajuta compensația prin mijloacele restante ale analizatorului vizual.163

Bastonul alb este un instrument simplu dar foarte util, facilitând compensarea prin ceilalți analizatori. Există aparate opto-electronice care îi ajută pe cei cu cecitate nocturnă, iar altele pentru cei cu cecitatea culorilor. Există o mare varietate de aparate care sprijină procesele compensatorii ale nevăzătorilor, convertind semnalele vizuale în semnale sonore sau vibro-tactile. Pentru ca nevăzătorul să se poată adapta bine la mediu este necesar ca și mediul să-i ofere mijloace corespunzătoare.163

Cea mai importantă distincție pentru orientarea proceselor compensatorii se referă la direcția recuperatorie pe care o permite gradul deficienței vizuale.163

În cazul cecității totale sau aproape totale se realizează înainte de toate o compensație intersistemică , în sensul că funcția vizuală deficitară este înlocuită prin aportul eficient al celorlalte modalități senzoriale.163

În cazul ambliopiei moderate, când sunt afectate unele subfuncții ale analizatorului vizual dar rămân rezerve funcționale la nivelul celorlalte subfuncții, deci când vederea poate fi utilizată și chiar are șanse de dezvoltare, are loc compensația intrasistemică, adică prin posibilitățile pe care le

ascunde chiar analizatorul vizual. Compensație nu înseamnă deci neapărat înlocuirea cu un alt analizator.164

În cazurile intermediare, aceste două forme de compensație sunt corelate. Evolutiv, organismul încearcă întâi să compenseze pe seama elementelor intacte ale sistemului lezat, mobilizând deci posibilitățile vizuale, dar când calea aceasta se dovedește inefficientă are loc substituirea cu alte sisteme senzoriale.....164

Compensația intersistemică - înseamnă că funcția vizuală este înlocuită cu alte modalități senzoriale rămase intacte. Pentru a suplini vederea sunt folosite la maximum și interpretate relevant informațiile oferite de celelalte simțuri. Importanța lor biologică crește pe măsură ce scade vederea. Simțul tactil este primordial pentru instruirea și în general pentru educarea nevăzătorilor. Citit- scrisul în Braille dar și folosirea cubaritmului la aritmetică, a hărții în relief la geografie și a multor alte forme de material didactic se bazează pe percepție tactilă. Dar nu este vorba de o percepție exclusiv tactilă, ci de regulă tactil - kinestezică. Senzațiile kinestezice și cele tactile au la bază analizatori diferiți dar ele se îmbină în activitatea cognitivă căci copilul cunoaște prin palparea cu mana în mișcare. Datorită unui pipăit activ el poate percepe forma, volumul, mărimea, substanța, duritatea, asperitate și numeroase alte calități ale obiectelor. La nivelul micro-spațiului, palparea deține o echivalență informațională de grad înalt cu văzul.165

O caracteristică a compensării prin acest contact dinamic este faptul că se realizează prin senzații succesive din care se construiește mintal imaginea globală. În condițiile spațiului mare, rolul compensator principal îl preia de regulă auzul. Asigurând cunoașterea de la distanță, el îi oferă nevăzătorului

nu numai informație dar și securitate. Stimulii sonori semnalizează prezența unor obiecte, starea și acțiunea lor, distanța, direcția ș.a. Nevăzătorul poate afla pe cale auditivă din ce direcție vine un vehicul, poate recunoaște după zgomotul pașilor o persoană, poate localiza poziția celui care i se adresează. Toate acestea se deprind prin exercițiu.166

Un nevăzător exersat poate stabili auditiv dacă încăperea în care se află este mică sau mare, este înaltă sau joasă. El poate identifica spațiile goale dar și obstacolele, căci senzația de obstacol are la bază receptarea auditivă a sunetelor reflectate.166

Compensația intersistemică include și participarea senzațiilor olfactive. Mirosurile receptate semnalizează prezența multor obiecte și a calităților lor, a distanței și direcției. Tot așa crește valoarea informațională a celorlalte căi senzoriale.166

Pe baza exercitării pe care o impune deficiența însăși și în situația în care atenția se concentrează asupra atenției analizatorilor valizi, copiii nevăzători devin capabili de diferențieri auditive, tactile etc. din ce în ce mai fine.167

Compensația intrasistemică - acest tip de compensare este propriu în special copiilor cu deficiență vizuală parțială-ambliopi.167

Deficiența vizuală parțială, produsă de lezarea mai mult sau mai puțin gravă a unor subfuncții ale analizatorului vizual, lasă totuși adesea alte subfuncții în stare de funcționare. Așadar, chiar în interiorul sistemului funcțional al vederii se păstrează un anumit potențial. Compensația intrasistemică reprezintă tendința organismului de a utiliza acest potențial restant, deci de a compensa chiar pe seama analizatorului vizual. Practic,

aceasta înseamnă încercarea de a se ajunge la o imagine vizuală mai bună cu potențial fiziologic existent.167

În funcție de caracterul și gravitatea afecțiunii, de componentele receptorului care sunt lezate sau de subfuncțiile tulburate se constată o mare varietate de forme de compensare intrasistemică spontană. Unele au eficiență redusă, altele ajută mai mult. Unele apar ca reflexe inconștiente, altele cu un anumit grad de conștientizare.167

Un reflex bine cunoscut, de exemplu, constă în compensarea deficitului de refracție al hipermetropului prin amplificarea efortului acomodării. Un altul îl constituie scoaterea din funcție a unui ochi atunci când vederea celor doi ochi este inegală. Restrângerea câmpului vizual este compensată prin mișcări ample ale capului pentru a cuprinde imaginea. Copiii cu sensibilitate luminoasă scăzută iau poziții de căutare a luminii, de situare în locul unde lumina cade cat mai bine pe obiectul percepției. Un copil de la Școala pentru Ambliopi, căruia i s-a dat o lupă care să-l ajute la citit o folosea pentru a prinde litera în focarul ei luminos. La un grad mai ridicat de conștientizare, dar nu total, se află procedeele compensatorii apărute în timpul explorării vizuale solicitate de procesul de învățământ.168

La începutul școlarității elevului ambliop, incapacitatea orientării după o schemă perceptivă, lipsa unei logici a explorării care să conducă spre punctele de reper esențiale pentru identificare se compensează prin timpul îndelung al investigării și caracterului ei redundant. “Prin număr mare de mișcări oculare și de zone de fixare a privirii, ambliopii încearcă să compenseze slaba lor acuitate vizuală, pentru a capta suficiente informații care să le permită să-și formeze o imagine perceptivă mai bogată și mai clară.” (V. Preda). Cercetările asupra activității perceptive a elevilor ambliopi

arată că actul vizual are de câștigat când este simultan cu receptarea unor stimuli acustici, tactil-kinestezici ș.a. Unele cercetări au demonstrat că performanțele vizuale cresc în exercițiile care solicită concomitent o activitate motorie :
conturare, decupare, perforare.169

La începutul școlarității, elevului ambliop îi este necesar un control, sau mai bine zis un autocontrol tactil, kinestezic, auditiv etc. , din cauza greșelilor frecvente. Cu timpul el se eliberează parțial de acest control, la care revine când este pus în fața unor probleme noi și dificile. Trecerea la alte modalități senzoriale mai este uneori necesară pentru ca vederea să nu fie suprasolicitată, pentru a se asigura odihna vizuală.....169

La ambliopi se pune problema asigurării dominanței vizuale. Copilul trebuie să învețe să folosească toate căile senzoriale dar ca un sprijin al vederii și nu pentru su-plinirea ei. Când un elev ambliop, cu posibilități vizuale reduse dar utilizabile în procesul de învățământ, manifestă tendința de a-și folosi vederea din ce în ce mai puțin, bazându-se predominant pe alți analizatori, se consideră că procesul compensator abordat merge pe o cale greșită, care periclitează dezvoltarea vederii lui și-l duce spre situația de nevăzător.....170

Nevăzătorii, chiar dacă nu au reprezentări vizuale, percep spațiul și au noțiunea de spațiu. O dovadă este însuși faptul că ei se orientează în spațiu, recunosc obiectele pe baza însușirilor lor spațiale, percep și înțeleg relațiile spațiale, pot învăța obiecte ca geometria sau geografia. Dificultățile produse de deficiența vizuală fac uneori ca elevii nevăzători să aibă și unele reprezentări spațiale greșite despre mărimi, distanțele sau formele unor obiecte mai greu de cuprins prin palpare. Se înțelege că astfel de reprezentări nu pot servi procesul compensării.....170

Același rol compensator pe care la elevii nevăzători îl au reprezentările tactil-kinestezice, la elevii ambliopi îl au reprezentările vizuale. Și aici are loc confruntarea cu imaginea generalizată, de data aceasta în cadrul explorării vizuale. Numeroase cercetări efectuate în școlile pentru ambliopi au demonstrat rolul imaginilor generalizate în compensarea vederii slabe.171

Atât în cazul nevăzătorilor cât și cel al ambliopilor se remarcă locul mai mare pe care-l ocupă memoria voluntară, intențională în activitatea psihică. Ei caută să rețină cât mai bine informațiile percepute sau cunoscute pe cale logico-verbală pentru a le putea folosi și a se orienta mai ușor în situații similare. Se observă, de exemplu, că nevăzătorul care străbate pentru prima oară un anumit drum, însoțit de un văzător, caută să rețină diferite puncte de reper pentru a se putea descurca apoi și singur. El știe mai bine decât noi câte stații sunt pe un anumit parcurs cu tramvaiul, câte intersecții are de trecut până la locul spre care se îndreaptă, unde va întâlni o denivelare etc. Efortul continuu de a memora, a reține și a reactualiza devine o calitate a memoriei lui, a cărei formare merită să fie încurajată de pedagog.....171

Un mare ajutor în desfășurarea analizei vizuale a unei imagini neclare este găsit de elevul ambliop în raportarea la o ipotetică noțiune-gen, ale cărei note îi sunt cunoscute. Dacă primele indicii îl duc pe elev la ipoteza că tabloul reprezintă un ani-mal, de exemplu îi va fi mult mai ușor să identifice detaliile. Experimente în care se asigură o raportare corectă la noțiunea-gen au probat că ea ajută considerabil diferențierea componentelor unui tablou, înțelegerea relațiilor dintre ele și în general o analiză vizuală de altfel foarte dificilă sau chiar imposibilă. În cazul ambliopiei, gândirea se manifestă în egală

măsură în sprijinirea sintezei senzoriale a elementelor distinse separat. Adesea numai cu sprijinul gândirii, ajutată uneori de o imaginație bogată , elevii ambliopi cu câmpul vederii îngustat își pot forma imaginile mintale ale obiectelor pe care nu le pot cuprinde vizual, în ansamblul lor.172

Nu este de ignorat faptul că prin activități logico-verbale și imaginative a unei activități senzoriale imposibile în anumite cazuri de ambliopie, de ex. perceperea muntelui la care privirea nu ajunge, ascunde și riscul unei îndepărtări de realitate. Există multe aspecte ale realității la care elevul ambliop, ca și cel nevăzător, nu poate accede pe cale intuitivă.172

În cazul copiilor ambliopi, explorarea atentă mărește șansele unei identificări corecte a obiectului percepției. La nevăzători, finețea diferențierilor tactile sau auditive este legată și de efortul atenției. Nevăzătorii compensează în bună măsură prin concentrarea atenției și prin stabilirea ei. Rolul atenției este esențial, dar încordarea atenției ascunde și pericolul unei stări de supra solicitare nervoasă. Nevăzătorii și ambliopii care lucrează în ritm constant și productiv au dificultăți neașteptate când li se cere să treacă la un alt tip de activitate, având nevoie de un timp de adaptare mai mare. Atenția lor este distrasă cu greu dar se și restabilește mai greu dacă a fost distrasă.173

Chiar dacă eventualele resturi de vedere pot aduce un sprijin cognitiv mai mic sau mai mare, informația principală de care dispun nevăzătorii se obține în principal pe seama celorlalte modalități senzoriale, în special prin complexul funcțional tactil-kinestezic și pe cale auditivă.173

Mai multe cercetări pentru verificarea copiilor nevăzători au dus la concluzia că : “Copiii nevăzători de vârstă școlară mică au un bagaj sărac de reprezentări în comparație cu copiii

văzători de aceeași vârstă”. Un fapt caracteristic este caracterul lacunar al unor reprezentări ale nevăzătorilor. În cazul ambliopilor din clasele mici , reprezentările sunt incomplete, sărace în detalii și chiar greșite. Se fac greșeli în aprecierea formei și mărimii obiectelor, a culorilor lor. Ca și la nevăzători, lipsurile reprezentărilor sunt mascate printr-un limbaj fără acoperire intuitivă. Astfel de reprezentări sunt prea puțin operante în activitatea teoretică și practică, ceea ce explică unele greutăți la învățătură.174

Numeroase studii au scos în evidență productivitatea sporită a memoriei nevăzătorilor. Memoria nu se dezvoltă de la sine, ci datorită solicitării ei mai intense și mai frecvente, datorită exercitării ei. Ea se perfecționează pentru că nevăzătorul are foarte mare nevoie de ea.174

Deficiența vizuală ca atare nu afectează procesele superioare de cunoaștere. În măsura în care își exercită rolul compensator, gândirea deficientului vizual are șansa unei dezvoltări întru totul normale, în raport cu potențialul intelectual al fiecărui copil. După cum se știe din rândul nevăzătorilor s-au ridicat reprezentanți remarcabili ai intelectualității. Cum se explică atunci faptul că într-o clasă de nevăzători sau ambliopi nivelul mediu intelectual este de regulă mai scăzut decât într-o clasă corespunzătoare de copii cu vedere normală? Subdezvoltarea intelectu-ală nu este cauzată de deficiența de vedere; dimpotrivă, sunt cazuri în care tulburările funcției vizuale apar ca sindroame ale handicapului mintal .(C. Păunescu, I. Mușu, 1997). În cazul elevilor ambliopi care au trecut prin școala de masă se întâmplă ca învățătorii să-i rețină în clasele lor pe elevii cu vedere slabă dar cu nivel intelectual ridicat și să-i trimită la școala pentru ambliopi pe cei cu nivel intelectual scăzut. Are loc

deci o selecție prealabilă, care se reflectă asupra fizionomiei unei clase de ambliopi.175

Unele cercetări comparative apreciază că la vârsta intrării în școala primară întârzierea dezvoltării fizice ar fi de circa 2 ani (V. Preda). La vârsta de 17 ani această întârziere nu ar fi decât de circa 1 an, în special în înălțime și greutate. S-a mai constatat o insuficientă dezvoltare a musculaturii, laxitate musculară și ligamentară, aspect atrofic : membre subțiri, torace îngust; nivel mai scăzut al forței fizice și al rezistenței. Deficitul lor limitează mișcarea iar limitarea mișcării accentuează deficitul: mișcări reținute, șovăitoare, economie de mișcări. Deficitul apare pregnant și pe planul motricității manuale : la început mâinile nevăzătorului sunt “oarbe”, adică el nu știe să exploreze tactil-kinestezic, are dificultăți în a coordona mișcările celor două mâini pentru a apuca un obiect. Nivelul scăzut al dexterității manuale se datorează și lipsei unei conduceri vizuale a mișcărilor mâinilor.176

Mersul nevăzătorilor este descris ca fiind rigid, nesigur, ezitant, uneori cu capul înainte, ridicând mult piciorul, așezând apoi talpa cu grijă (“mers de barză”), cercetând solul cu vârful pantofului, prelungind sprijinul bilateral pe sol înainte de a face următorul pas. Brațele nu se mișcă simetric în timpul mersului , ci atârnă în jos.176

Mobilitatea scăzută accentuează dizarmonia dezvoltării fizice. Nu sunt antrenate corespunzător toate grupurile musculare, unele rămân subdezvoltate.176

Se pare că nevăzătorul capătă mai greu conștiința propriului corp și reprezentarea acestuia, adică ceea ce numim de obicei schema corporală. El nu se vede în oglindă, nu vede diferitele părți ale corpului său și raporturile acestuia cu obiectele

înconjurătoare. Aceasta este o dificultate în construirea identității sale corporale. Rămânerea în urmă în dezvoltarea fizică este însoțită adesea de atitudini posturale deficiente : capul și gatul aplecate înainte sau înclinate lateral, umerii căzuți; care cu timpul devin deprinderi.177

La toate acestea se adaugă uneori manierisme, ticuri, stereotipuri, uneori dizgrațioase cunoscute sub numele de blindisme : legănarea capului, a brațelor, a picioarelor, frecatul mâinilor etc. . Sunt mișcări parazitare, fără funcție de comunicare cu mediul, foarte greu de dezrădăcinat. Ele apar pentru că nevăzătorul nu are conștiința că este văzut. Pentru a facilita integrarea lui printre văzători trebuie ajutat să se debaraseze de astfel de blindisme.177

Pentru nevăzători, lipsa vederii înseamnă lipsa unor stimuli ai mișcării, lipsa orientării, imposibilitatea prevenirii unor pericole ce l-ar putea pândi. El nu are controlul vizual asupra obiectelor din jur și nici asupra propriilor mișcări, pe care să le corecteze pe parcurs. Această îngrădire a libertății de mișcare și lipsă de independență în mișcare explică scăderea tendinței spre mișcare și creșterea tendinței spre sedentarism și pasivitate a unor copii nevăzători.177

În literatura de specialitate se prezintă cazuri și se fac caracterizări ale deficiențelor vizuale, cu un accent mult mai mare decât s-ar cuveni pe trăsăturile negative: infantilism afectiv, instabilitate emoțională, stări nevrotice, negativism, egoism, stare de anxietate, comportament asocial, fire suspicioasă, agresivă, revendicativă și altele. Întâlnim, într-adevăr, astfel de manifestări, chiar dacă ele nu sunt foarte frecvente. Iar când le întâlnim, o analiză serioasă a cazului respectiv ne relevă că ele nu sunt o consecință automată a deficienței vizuale, ci mai curând a condițiilor social – educative

în care el s-a dezvoltat, a inadecvării educației primite, a atitudinilor celor din jur față de el, a modelelor, a eșecurilor, a relațiilor sociale în care a fost cuprins. Adesea ele reprezintă reacții de apărare, chiar dacă în fapt nu-l apără ci îi fac situația mai dificilă. În fond, ele reprezintă, atunci când iau o formă acută, o a doua deficiență, pe lângă cea vizuală. Mai precis, astfel de trăsături se constituie în situațiile în care copiii se simt izolați, respinși, părăsiți. Și mai ales când se simt frustrați de bunul cel mai de preț: dragostea părinților, a celor din jur. Ceea ce duce la tensiuni interioare, la sentimentul neputinței și al inferiorității, la senzația că nimănui nu-i pasă de el. Încă dinaintea intrării în școală unii nevăzători au și trăit șocul de a fi considerați altfel decât ceilalți, au început să aibă conștiința infirmității și să-și piardă sentimentul propriei valori. Supraprotecția sau nepăsarea unor părinți împiedică adaptarea socială încă de la începuturile ei.....178

Toate acestea ne explică de ce apar reacțiile de apărare, care pot fi foarte diferite: în unele cazuri stări depresive, timorare, nesiguranță, atitudine inhibată; în alte cazuri aroganță, insolentă, neîncredere în cei din jur; sau poate închidere în sine. Astfel de conduite sunt semnele unei inadaptări. Ele reprezintă riscuri posibile dar nu inevitabile.179

Nevăzătorii au o mare capacitate empatică, se simt atrași de mediul social înconjurător, au o mare deschidere față de cei din jur și o nevoie avidă de afecțiune. În opoziție cu portretul negativ se poate schița și un portret pozitiv pentru nevăzătorii care și-au compensat bine handicapul. El știe să-și folosească forțele de cunoaștere senzorială și logico-verbală, el stăpânește instrumentele muncii intelectuale și ale unor activități practice. Își cunoaște limitele dar li posibilitățile, și este încrezător în forțele lui. Nu așteaptă să fie asistat; este autonom. Este deschis

față de lumea înconjurătoare și împăcat cu sine, capabil să iubească și să fie iubit.179

3. DEFICIENȚA DE AUZ	179
3.1. Delimitări terminologice.....	180
3.2. Cauzele deficiențelor de auz.....	182
3.3. Gradele deficitului auditiv.....	187
3.4. Tipuri de surditate (deficiențe de auz).....	188
3.5. Aspecte ale dezvoltării psihice ale deficienților de auz..	190
4. TULBURĂRILE DE LIMBAJ. LOGOPEDIA	198
(după E.Verza, 2003).....	198
4.1. Obiectul și scopul logopediei.....	199
4.2. Etiologia tulburărilor de limbaj.....	201
4.3. Clasificarea tulburărilor de limbaj.....	204
4.4. Descrierea principalelor tulburări de limbaj	206
Cauzele specifice ale apariției dislaliei:.....	208

G. Tulburări ale scris-cititului.....226

Etiologia tulburărilor scris-citit.....	229
5. DEFICIENȚE FIZICE (după D. Carantină, 1998).....	233
5.1. Delimitări conceptuale în deficiențele fizice.....	233
5.2. Clasificarea deficiențelor fizice.....	233
5.3. Specificul dezvoltării psihice și integrării școlare și sociale	236
6. TULBURĂRILE DE COMPORTAMENT	240
6.1. Delimitări conceptuale în handicapul de comportament	240
6.2. Cauze și forme ale handicapului de comportament.....	241
7. POLIHANDICAPUL (după E.F. Verza, 2002).....	246
7.1. Delimitări conceptuale în polihandicap.....	246

Prin polihandicap se înțelege existența a două sau mai multe forme de handicap, asociate la aceeași persoană și însoțite de o varietate de tulburări.....	246
7. 2. Sindroamele handicapului de intelect.....	247
7.3. Surdo-cecitatea.....	254
7.4. Autismul.....	258
8. <i>TULBURĂRILE DE ÎNVĂȚARE</i>	266
8.1. Delimitări conceptuale.....	266
8.2. Factori ce determină dificultățile de învățare.....	271
CAPITOLUL VI.....	276
STRUCTURA INSTITUȚIILOR DE ÎNVĂȚĂMÂNT SPECIAL ȘI INTEGRAT DIN ROMÂNIA.....	276
BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ.....	284

INTRODUCERE

Această lucrare are destinația expresă de a constitui suport de curs pentru studenții specializării Psihologie. Din acest motiv ne-am concentrat eforturile pentru surprinderea aspectelor psihologice în abordarea persoanelor cu dizabilități sau alte nevoi speciale. Astfel cititorii vor remarca aici aspecte ce vizează terminologia specifică domeniului, evaluarea psihologică, structurarea personalității persoanelor cu dizabilități, etiologie, forme,

simptomatologie și specificul compensării diferitelor forme de deficiențe sau tulburări.

Structura cărții respectă programa analitică a cursului. Nuanțarea tematicii și elementele cu caracter aplicativ se va realiza în cadrul activităților de seminar.

În ceea ce privește *conținutul* cărții, acesta este în conformitate cu ceea ce se realizează și la alte universități din țară. Trebuie să menționăm că sursele principale de informație reprezintă lucrările publicate de-a lungul anilor de către foști și actuali profesori ai Universității din București, Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Catedra de Psihopedagogie specială. Acest lucru se datorează evident faptului că ne-au format în acest spirit științific fie prin faptul că ne-au fost sau ne sunt profesori, colegi, colaboratori în activități de cercetare și prieteni.

Subliniem deosebita contribuție în plan științific și didactic a Domnului Prof. univ. dr. **EMIL VERZA** care ne-a inspirat și ne inspiră în continuare activitatea. Remarcăm și contribuția consistentă a regretaților profesori **Mircea Ștefan** și **Ilie Stănică** și a actualilor profesori: Prof. univ. dr. **Gheorghe Radu**, Conf. Univ. dr. **Doru Vlad Popovici**, Conf. Univ. dr. **Mariana Popa**, Conf. Univ. dr. **Anca Rozorea**, Conf. Univ. dr. **Florin Emil Verza** ș.a.

Recomandăm cititorilor să consulte bibliografia recomandată pentru a completa informația cuprinsă în această carte. Sperăm că prin aceste demersuri să reușiți să surprindeți importanța și necesitatea cunoașterii, educării și compensării dizabilităților. Dacă însă nu v-am convins, vă mai recomandăm să mergeți în instituții de educație, terapie sau ocrotire a persoanelor cu diferite dizabilități și chiar să purtați cel puțin o discuție cu părinții acestor copii. O să descoperiți că atât persoanele cu dizabilități cât și părinții lor așteaptă în primul rând respect și competență profesională din partea diverșilor specialiști (psihologi, psihopedagogi, pedagogi, medici, asistenți sociali, etc.) cuprinși în procesul instructiv - educativ – terapeutic.

Sperăm că această carte va constitui un reper semnificativ în formarea dumneavoastră ca viitori specialiști.

Autorii

CAPITOLUL I OBIECTUL ȘI DOMENIUL PSIHOPEDAGOGIEI SPECIALE

1. LOCUL ȘI ROLUL PSIHOPEDAGOGIEI SPECIALE ÎN CADRUL ȘTIINȚELOR PSIHOPEDAGOGICE

Psihopedagogia specială a apărut ca o necesitate socială de a sintetiza, dezvolta, nuanța și adapta experiența altor științe

(psihologie, pedagogie, medicină, sociologie, etc.) în vederea explicării dezvoltării persoanelor cu nevoi speciale (mai ales a celor cu dizabilități) pentru a se realiza adaptarea școlară, profesională și socială având ca reper permanent creșterea calității vieții tuturor membrilor societății.

Astfel, Psihopedagogia specială devine o știință interdisciplinară, aflată la intersecția mai multor științe, după cum reiese și din definițiile propuse de-a lungul timpului:

“*Psihopedagogia specială* sau defectologia este o știință ce se ocupă de persoanele handicapate, de studiul particularităților psihice, de instrucția și educația lor, de evoluția și dezvoltarea lor psihică, de modalitățile corectiv-recuperative, pentru valorificarea potențialului uman existent și formarea personalității acestora, în vederea integrării socio-profesionale cât mai adecvată”.

(E. Verza, 1995)

“*Psihopedagogia speciala* este o știință de sinteză, care utilizează informațiile complexe furnizate de medicină (pediatrie, neurologie infantilă, oftalmologie, otolaringologie, audiologie, ortopedie, igienă, etc.), psihologie (cu toate ramurile ei), pedagogie, sociologie, științe juridice, în studierea dinamică a personalității tuturor formelor de handicap prin deficiență și inadaptare ...”.

(C-tin Păunescu, I. Mușu, 1997)

Scopul psihopedagogiei speciale este elucidarea cauzelor și a formelor de manifestare a anomaliilor prezente în dezvoltarea persoanelor (considerate cu nevoi speciale), stimularea proceselor compensatorii și fundamentarea intervenției educativ-terapeutice.

Psihopedagogia specială ar fi, după unii autori, denumirea “îmblânzită” a vechiului termen de “defectologie”.

“*Defectologia* (lat. “defectus” = lipsă, defect, deficiența și grec. “logos” = știință, teorie) este o disciplină în sistemul științelor pedagogice, care se ocupă de legăturile dezvoltării persoanelor deficiente, în cadrul teoriei și practicii instruirii, educării și integrării sociale, respectiv al readaptării sociale și personale a deficienților.”

(Walter Roth, 1979)

Defectologia este “știința care studiază legăturile dezvoltării, educației și instruirii copiilor deficienți”, menționând că “prin natura sa, este o disciplină sintetică, interdisciplinară, deoarece se află la intersecția mai multor direcții de cercetare științifică, psihologie, medicină, sociologie.” (Valer Mare, 1989)

La recomandările forurilor internaționale s-a renunțat (mai ales în documente oficiale) la expresiile considerate “dure” pentru persoanele sau familiile persoanelor cu handicap de “defect”, “deficiență”, “defectologie”.

În concluzie, *psihopedagogia speciala* este o știință interdisciplinară la confluența dintre psihologie, pedagogie, medicină și sociologie, care se ocupă de cunoașterea sistemului psihic al persoanelor considerate anormale sau neadaptate / inadaptate pentru a întreprinde acțiuni cu caracter formativ (educativ sau reeducativ) și corectiv – terapeutic pentru o inserție / reinsertie psihosociala eficientă.

Prin extensie, psihopedagogia specială este știința cunoașterii și normalizării persoanelor cu nevoi speciale.

Simplificând la maxim definiția psihopedagogiei speciale și plecând de la etimologia sintagmei „psiho-pedagogie specială” dar și a caracterului aplicativ, rezultă că:

Psihopedagogia specială este știința cunoașterii dezvoltării psihice (*psihologie specială*) pentru a se realiza educația terapeutică (*pedagogie specială*) adaptată prezenței și manifestării unei forme de dizabilitate.

Domeniul (ramurile) Psihopedagogiei speciale:

- psihopedagogia deficiențelor de intelect
- psihopedagogia deficiențelor de auz
- psihopedagogia deficiențelor de vâz
- psihopedagogia deficiențelor fizic și psihoneuromotori

- logopedia
- psihopedagogia persoanelor cu tulburări psihice
- psihopedagogia persoanelor cu tulburări socio-afective și de comportament
- psihopedagogia elevilor cu tulburări de învățare (datorate sau nu deficiențelor)
- psihopedagogia diversităților etnice, culturale și lingvistice
- psihopedagogia celor cu abilități, talente și a creativilor (supradotați)

2. CADRUL CONCEPTUAL ȘI TERMINOLOGIA PSIHOPEDEGOGIEI SPECIALE

2.1. Clarificarea noțională și operațională a conceptului de “handicap”

1. **maladia** sau **traumatismul inițial**, existente încă de la naștere sau dobândite;

2. **deficiența**: pierderea sau alterarea unei structuri sau funcții (leziune anatomică, tulburare psihologică rezultând în urma unei maladii, accident în evoluția normală, dar și a unor carențe psiho-afective (pierderea părinților sau neglijența pedagogică).

Deficiențe frecvente: auditive, vizuale, de limbaj, intelectuale, etc.

3. **incapacitatea**: reducerea parțială sau totală a posibilității de a realiza o activitate (motrică sau cognitivă) sau un comportament. Exemple: incapacitate de comunicare, de igienă personală, de locomoție, etc.

Incapacitatea depinde, dar nu obligatoriu, și nu de o manieră univocă, de deficiență. Atât deficiențele, cât și incapacitățile, pot fi vizibile sau invizibile, temporare sau permanente, progresive sau regresive;

4. **handicap**: dezavantaj social, rezultat în urma unei deficiențe sau incapacități care limitează sau împiedică îndeplinirea de către individ a unui rol așteptat de mediu. Categoriile posibile: handicapuri de independență fizică, orientare, autonomie economică, integrarea socială, etc.

„Handicapul este o funcție a raporturilor persoanelor deficiente cu mediul lor. El survine atunci când aceste persoane întâlnesc

obstacole culturale, materiale, sociale, care le împiedică să accedă la diversele sisteme ale societății, disponibile pentru ceilalți cetățeni. Astfel, handicapul rezultă din pierderea sau limitarea posibilităților de participare pe picior de egalitate, cu ceilalți indivizi, la viața comunității”(Ph. Wood, 1982).

Neputând fi determinate prin repere ferme și rigide, stările de handicap trebuie interpretate ca variabile dependente de situații sociale trăite de subiectul în cauză.

În concluzie, **starea de handicap** exprimă dezechilibrul apărut în viața unui individ în tentativa sa de a-și asuma și îndeplini rolul social conferit de colectivitatea în care este integrat.

Succesul sau insuccesul acțiunii sale va fi deci condiționat, pe de-o parte, de nivelul posibilităților sale, iar pe de altă parte, de parametrii mediului în care se manifestă. (ANEXA 1)

2.2. Noi concepte și schimbări de sensuri ale unor noțiuni și sintagme din sfera psihopedagogiei speciale

Terminologia în domeniul studiat de noi a suferit schimbări datorită transformărilor multiple de la nivelul întregii societăți (mai ales după 1990) și mai ales a serviciilor de educație, terapie și asistență socială pentru persoanele cu dizabilități.

În literatura de specialitate există termeni specifici pentru persoanele care se abat de la normalitate, (ca semnificație generală) privind întreaga dezvoltarea psihofizică a persoanei, unele aspecte rămânând în urmă (fizic, senzorial, mintal);

normal – adaptare echilibrată la mediu și raportare la grup de aceeași vârstă și mediu cultural

anormal – abateri peste standard, insuficiențe retard în dezvoltare, abateri comportamentale, afecțiuni fizice;

Expunem în continuare explicarea principalelor concepte și sintagme uzitate în acest domeniu așa cum reis din ultimul cadru normativ (*H.G. 1251 / 2005 – anexa 1*):

Deficiență - absența, pierderea sau alterarea unei structuri ori a unei funcții (anatomice, fiziologice sau psihice) a individului, rezultând în urma unei maladii, unui accident sau a unei perturbări, care îi împiedică participarea normală la activitate în societate.

Incapacitate - limitări funcționale cauzate de disfuncționalități (deficiențe) fizice, intelectuale sau senzoriale, de condiții de sănătate ori de mediu și care reduc

posibilitatea individului de a realiza o activitate (motrică sau cognitivă) ori un comportament.

Handicap - dezavantaj social rezultat în urma unei deficiențe sau incapacități și care limitează ori împiedică îndeplinirea de către individ a unui rol așteptat de societate.

Dizabilitate - rezultatul sau efectul unor relații complexe dintre starea de sănătate a individului, factorii personali și factorii externi care reprezintă circumstanțele de viață ale acestui individ. Datorită acestei relații, impactul diverselor medii asupra aceluiași individ, cu o stare de sănătate dată, poate fi extrem de diferit. Dizabilitate este termenul generic pentru afectări, limitări ale activității și restricții de participare - conform CIF*).

Afectare - o pierdere sau o anormalitate a structurii corpului ori a unei funcții fiziologice (inclusiv funcțiile mintale). Prin noțiunea de anormalitate înțelegem aici variațiile semnificative de la norma stabilită statistic (adică o deviație de la media populației stabilită conform normelor standard măsurate) și ea trebuie utilizată exclusiv în acest sens - conform CIF*).

Funcționare - termen generic pentru funcțiile organismului, structurile corpului, activități și participare. Ele denotă aspectele pozitive ale interacțiunii dintre individ (care are o problemă de sănătate) și factorii contextuali în care se regăsește (factori de mediu și personali) conform CIF*).

Activitate - executarea unei sarcini sau acțiuni de către un individ. Ea reprezintă funcționarea la nivel individual conform CIF*).

Participare - implicarea unei persoane într-o situație de viață. Ea reprezintă funcționarea la nivelul societății conform CIF*).

Cerințe educative speciale (CES) - necesități educaționale suplimentare, complementare obiectivelor generale ale educației adaptate particularităților individuale și celor caracteristice unei anumite deficiențe sau tulburări/dificultăți de învățare, precum și o asistență complexă (medicală, socială, educațională etc.).

Educație specială - formă adaptată de pregătire școlară și asistență complexă (medicală, educațională, socială, culturală) destinată persoanelor care nu reușesc să atingă

temporar sau pe toată durata școlarizării nivelurile instructiv-educative corespunzătoare vârstei, cerute de învățământul obișnuit. Educația școlară a copiilor cu cerințe educative speciale trebuie să corespundă nevoilor de dezvoltare a copiilor, prin evaluarea adecvată a potențialului de învățare/dezvoltare și prin asigurarea reabilitării / recuperării și compensării deficiențelor ori tulburărilor, dificultăților de învățare.

Integrare școlară - proces de adaptare a copilului la cerințele școlii pe care o urmează, de stabilire a unor raporturi afective pozitive cu membrii grupului școlar (clasă) și de desfășurare cu succes a prestațiilor școlare. Asimilarea de către copil a statusului de elev este rezultatul unor modificări interne în echilibrul dintre anumite dominante de personalitate cu consecințe în planul acțiunii sale.

Adaptare curriculară - corelarea conținuturilor componentelor curriculumului național cu posibilitățile elevului cu cerințe educative speciale, din perspectiva finalităților procesului de adaptare și de integrare școlară și socială a acestuia. Aceasta se realizează de către cadrele

didactice de sprijin/itinerante împreună cu cadrul didactic de la clasă prin eliminare, substituie sau adăugare de conținuturi în concordanță cu obiectivele și finalitățile propuse prin planul de intervenție personalizat.

Incluziune - procesul de pregătire a unităților de învățământ pentru a cuprinde în procesul de educație toți membrii comunității, indiferent de caracteristicile, dezavantajele sau dificultățile acestora.

Educație incluzivă - proces permanent de îmbunătățire a instituției școlare, având ca scop exploatarea resurselor existente, mai ales a resurselor umane, pentru a susține participarea la procesul de învățământ a tuturor persoanelor din cadrul unei comunități.

Școală incluzivă - unitate de învățământ în care se asigură o educație pentru toți copiii și reprezintă mijlocul cel mai eficient de combatere a atitudinilor de discriminare. Copiii din aceste unități de învățământ beneficiază de toate drepturile și serviciile sociale și educaționale conform principiului "resursa urmează copilul".

Centru școlar pentru educație incluzivă - instituție școlară care, pe lângă organizarea, desfășurarea procesului de predare-învățare-evaluare își construiește și alte direcții de dezvoltare instituțională: formare / informare în domeniul educației speciale, documentare/cercetare/experimentare, precum și servicii educaționale pentru/în comunitate. Centru de educație, centru de zi, centru de pedagogie curativă etc. - unități de învățământ organizate de Ministerul Educației și Cercetării sau de organizații neguvernamentale în parteneriat cu Ministerul Educației și Cercetării și au ca scop și finalitate recuperarea, compensarea, reabilitarea și integrarea școlară și socială a diferitelor categorii de copii/elevi/tineri cu deficiențe. Ele sunt considerate alternative educaționale al căror conținut se fundamentează pe anumite pedagogii experimentale (Montessori, Freinet, Steiner, Waldorf etc.).

Centru județean de resurse și asistență educațională unitate conexă cu personalitate juridică, subordonată Ministerului Educației și Cercetării, care desfășoară servicii de asistență psihopedagogică pentru părinți, copii, cadre didactice și care coordonează, monitorizează și evaluează, la nivel județean, activitatea și serviciile educaționale oferite de centrele școlare pentru educație incluzivă, centrele logopedice

interșcolare și cabinetele logopedice, centrele și cabinetele de asistență psihopedagogică, mediatorii școlari.

(**notă:** *CIF** – Clasificarea Internațională a funcționării, dizabilității și sănătății, OMS, Geneva, 2004)

La acestea trebuie să adăugăm și definiția educației.

Educația este o activitate continuă care urmărește dezvoltarea conștientă și performantă a potențialului individual în funcție de cerințele mediului social normat.

Așa cum se observă, se dorește ca termenii de: *invalid, irecuperabil, needucabil, inapt / incapabil de muncă* să nu mai fie folosiți în caracterizarea persoanelor cu dizabilități, deoarece ei nu reprezintă realitatea și anulează șansele de dezvoltare a personalității persoanelor etichetate astfel.

CAPITOLUL II
STUDIAREA PARTICULARITĂȚILOR
PROCESULUI DEZVOLTĂRII LA COPIII CU
DIZABILITĂȚI (după Gh. Radu, 1999)

Trăsături comune ale dezvoltării copiilor normali și a celor deficienți:

- Tendința organismului de a parcurge *aceleași stadii ale dezvoltării*.

În consecință, sensul general al procesului dezvoltării ne obligă la asigurarea unui trunchi comun, atât activităților educative obișnuite, cât și activităților terapeutice specializate. Educația terapeutică a copiilor cu deficiențe sau cu alte CES nu trebuie privită ca un alt tip de educație, ci ca o educație obișnuită, dar cu adaptările necesare pentru a fi cât mai eficientă în situațiile concrete în care se află aceștia.

- În fața unor eventuale bariere, a unor afecțiuni apărute pe parcursul acestui proces, organismul afectat reacționează spontan, mai mult sau mai puțin eficient, dar, de regulă, energic, prin *mecanisme compensatorii*, menite să refacă, fie și numai parțial, procesul ca atare, cât mai aproape de parametrii săi obișnuiți.

Rezultă că, unul din obiectivele centrale ale intervenției educativ-terapeutice este să stimuleze, să întrețină și pe cât posibil, să direcționeze acțiunea mecanismelor compensatorii ale organismului afectat.

1. DEZVOLTAREA PSIHICĂ ȘI ÎNVĂȚAREA ÎN CAZUL PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI

1.1. Conceptul de dezvoltare, tulburări primare și derivate ale dezvoltării

Dezvoltarea la om înseamnă formarea treptată a individului ca personalitate, proces complex bazat pe creștere, mai ales în plan bio-morfologic, maturizare, mai ales în plan psiho-funcțional și pe socializare, în planul adaptării la condițiile mediului comunitar.

Dezvoltarea psihică (Ursula Șchiopu, 1976) se caracterizează prin “achiziționarea, evoluția, modificarea și ajustarea unor atribute și instrumente ale personalității – cu elementul ei său central, conștiința – la condițiile mediului (biofizic și cultural)”.

“În dezvoltarea psihică pot avea loc opriri sau chiar regrese sub influența unor factori deterioranți, stresanți, tensionali, etc. Întârzierile dezvoltării psihice pot fi întârzieri de apariție a unor conduite superioare sau a unor conduite noi (întârzieri în structurarea vorbirii la copiii mici) sau întârzieri de dezvoltare psihică propriu-zisă (după ce conduitele s-au constituit). Fiind în cea mai mare parte dependentă de caracterul și conținutul influențelor educative, dezvoltarea psihică constituie finalitatea principală a procesului de învățământ”. (Gh. Radu, 1999)

Tulburările procesului dezvoltării sunt inerente oricărei deficiențe sau incapacități cu caracter complex, generatoare de inadaptări stabile, adică unei stări de handicap.

În concluzie, dereglarea funcționalității normale a parametrilor fundamentali a dezvoltării psihice duce la tulburări ale procesului dezvoltării cu consecințe asupra procesului adaptativ.

1.2. Raportul dintre fenomenul de dezvoltare psihică și activitățile de învățare

Activitățile de învățare, orientate terapeutic, reprezintă principala pârghie de declanșare, susținere și direcționare a dezvoltării compensatorii.

Mecanismele dezvoltării compensatorii la copii cu CES pot fi susținute eficient, când activitățile de învățare se sprijină pe un demers metodologic adaptat particularităților dezvoltării la elevii în cauză.

Când vorbim de raportul specific dintre dezvoltare psihică și învățare la persoanele cu dizabilități, folosim următoarele sintagme: *tulburări de dezvoltare, întârzieri în dezvoltare, tulburări de învățare.*

a. “O tulburare de dezvoltare (”Legea publică SUA 95-602”, citată de Gh. Radu, D. Popovici, 1998) este o deficiență cronică severă, determinată de un handicap mental sau fizic, care se manifestă înaintea vârstei de 22 ani, care, de regulă, se întinde pe o perioadă nedefinită de timp și care:

- limitează substanțial funcționarea în trei sau mai multe domenii majore ale activității esențiale (autoigiena, mobilitatea, învățarea, recepția și emisia limbajului, capacitatea de autoconducere, abilitatea de a trăi independent, autonomie economică suficientă);
- reflectă necesitățile persoanei pentru îngrijire planificată, tratament sau alte servicii pentru perioade îndelungate sau chiar pentru întreaga viață.”

b. Întârzierile în dezvoltare sunt determinate de mai mulți factori cauzali:

- grad de extindere a disfuncției la copil;
- calitatea mediului, concretizată în nivelul îngrijirii acordate de structura relațiilor sociale dintre copil și ceilalți membrii ai comunității;
- modul de aplicare a unor programe de recuperare, în special din categoria celor destinate intervenției timpurii.

c. Principalele tulburări de învățare sunt (D. Popovici, 1998, după Janet W. Lerner):

- deficiențe de atenție,
- deficiențe de motricitate generală și fină și de coordonare spațială,
- deficiență în prelucrarea informațiilor perceptive, mai ales auditive și vizuale, în strânsă legătură cu insuficiențe ale memoriei de scurtă durată,
- insuficiențe în ceea ce privește strategiile de învățare,
- diferite tulburări de limbaj,
- dificultăți de citire și scriere,
- dificultăți în însușirea simbolurilor matematice, a calculului matematic și a noțiunilor spațio-temporale,
- tulburări ale comportamentului social, dificultăți în stabilirea de relații interpersonale.

Într-o cercetare a dificultăților de învățare, întreprinsă de D. Ungureanu pe loturi de elevi din ciclul primar, s-au constatat că principalele domenii în care acționează dificultățile de învățare sunt:

- limbajul oral (la disciplinele “Dezvoltarea vorbirii”, “Comunicarea”),

- grafia și lexia (la disciplinele “Scrierea”, “Citirea”, “Lectura”),
- calculul, raționamentul și simțul matematic (la disciplina “Matematică”).

Aceste tulburări instrumentale sunt cele care determină numeroase dificultăți de învățare și care își pun amprenta și asupra ritmurilor și calității dezvoltării unui număr relativ mare de elevi.

Din acest motiv, profilaxia și terapia tulburărilor instrumentale trebuie situate în centrul activităților de sprijin al copiilor cu probleme de învățare la debutul școlar și în primele clase ale ciclului primar.

2. RELAȚIA ÎNVĂȚARE-DEZVOLTARE LA ELEVII CU CES

Relația învățare-dezvoltare la elevii cu CES, în perspectiva recuperării se referă la faptul că diversele afecțiuni, care influențează structura și dinamica personalității lor, se plasează într-o ierarhie, unele dintre ele având un caracter:

- primar, ca rezultat nemijlocit al lezării organismului, iar altele un caracter
- derivat (secundar sau terțiar), ce se adaugă ulterior, ca rezultat al interacțiunilor dintre organismul afectat primar și mediul înconjurător (acestea reprezintă de fapt incapacitățile).

Dereglările derivate reprezintă, de fapt, tulburări dobândite în condițiile specifice ale dezvoltării, adică în prezența unor factori dereglatori ai acesteia.

În literatura de specialitate mai întâlnim, referitor la fenomenul descris, următorii termeni: *abateri în dezvoltare*, *disontogenii* (dereglări ale procesului de structurare a personalității în ontogeneză), *întârzieri în dezvoltare*.

Între tulburarea primară și consecințele sale secundare în planul dezvoltării, există o interacțiune complexă, rezultatele acestei interacțiuni depinzând, în mare măsură, de condițiile de mediu în care se desfășoară, precum și de activismul sau, dimpotrivă, de pasivitatea cu care elevul deficient participă la procesul de educație compensatorie.

Datorită caracterului lor, de regulă anatomofiziologic, afecțiunile primare sunt mai rezistente la intervenția terapeutic-compensatorie și se tratează mai ales pe cale medicală. În schimb, afecțiunile derivate (cu caracter secundar sau terțiar) sunt mai puțin stabile, putând fi corectate, compensate sau chiar prevenite prin măsuri psihopedagogice adecvate, îndeosebi printr-un proces de învățare compensatorie inițiat la timpul oportun.

Tulburările specifice ale procesului de dezvoltare la deficienți are loc în diferite paliere (sectoare) ale structurii personalității.

Orice deficiență este denumită după nivelul la care este defectul primar și prezintă o constelație de tulburări derivate mai mult sau mai puțin accentuate și afectând mai ales funcțiile psihice complexe (psihomotricitatea, autoreglajul conștient, autocontrolul).

Se impune cu necesitate ca intervenția recuperatorie să se facă în perioada optimă de formare a funcției psihice (perioada optimă sau “senzitivă” de formare a limbajului este 2 – 5/7 ani).

Datorită afecțiunii primare a scoarței cerebrale, cu implicații asupra majorității subsistemelor personalității (în special în palierele cognitiv și al limbajului), Gh Radu consideră că deficiența mintală poate fi considerată un “sindrom de nede dezvoltare mintală”.

Tulburările procesului dezvoltării sunt diferite de la o situație la alta datorită interacțiunilor factorilor biofuncționali și socioculturali.

Când deficienții nu sunt cuprinși de timpuriu într-un proces organizat de modelare compensatorie, se vor afla sub influența negativă a unor fenomene comune:

1. la copii neglijăți educativ în copilăria timpurie, are loc o limitare , mai mult sau mai puțin accentuată a accesului la informație, precum și a capacității de prelucrare și transmitere a acesteia;
2. activism limitat, capacitate redusă de automobilizare în activitate;

3. limitarea, îngustarea relațiilor interpersonale și de grup, prin izolare și autoizolare;

4. inegalitățile (uneori accentuate) ale dezvoltării la unul și același individ, sub diferite aspecte, cea ce conduce la conturare a unui profil psihologic heterocronic (dizarmonic);

5. afectarea, mai mult sau mai puțin accentuată, a procesului socializării,

6. un fenomen pozitiv, adesea, este tendința spontană de reechilibrare (a personalității) prin reacții compensatorii (pseudocompensarea și adesea supracompensarea sunt fenomene negative, după cum vom vedea în capitolul următor). Organismul afectat reacționează spontan și, de regulă, energic prin mecanisme compensatorii de substituire și restructurare funcțională, menite să diminueze tulburările procesului dezvoltării;

7. întârziere în procesul dezvoltării;

8. scăderea șanselor de integrare, prin coborârea competențelor (capacităților) sub nivelul cerințelor minime ale adaptării sociale, ceea ce poate duce la instalarea stării de handicap.

În concluzie, la toate categoriile de deficienți se produce o limitare a accesului la informație, o diminuare și îngustare a activismului operațional și o tendință de (auto) izolare, toate acestea având drept consecințe întârzieri în dezvoltare, inegalități în structurarea personalității și dificultăți în procesul de socializare. O consecință și mai generală o reprezintă scăderea șanselor de integrare a tuturor deficienților, prin coborârea competențelor acestora sub nivelul minim de adaptare socială.

Pe fondul tulburărilor procesului dezvoltării, prezente la toate categoriile de deficienți, sub forma unor manifestări negative asemănătoare, se produce, de fapt instalarea stărilor de handicap, cu atât mai frecvent cu cât exigențele sociale, concretizate în solicitări de adaptare sunt mai ridicate.

2.1. Clasificarea tulburărilor dezvoltării (stărilor disontogenice), după V. V. Lebedinski, 1985:

1. *Stări stabile de “nedevelopare”* (deregări globale sau “totale” ale personalității) – cum întâlnim la deficienții mintal sever și profund;

2. *Stări de dezvoltare întârziată* (ritm încetinit de formare a diferitelor paliere ale personalității – îndeosebi a celui emoțional-afectiv – și de cantonare la nivelul unor etape de vârstă depășite);

3. *Stări de dezvoltare deteriorată* (manifestată printr-un complex de tulburări și dezechilibre emoțional-afective, prin insuficiențe ale controlului voluntar și al stăpânirii pornirilor instinctuale, prin forme de regres intelectual și comportamental);

4. *Stări de dezvoltare deficitară* (determinate de afecțiuni grave ale analizatorilor, ale limbajului, ale aparatului locomotor, precum și de maladii cronice invalidante);

5. *Stări de dezvoltare distorsionată* (determinată de maladii ereditare cu caracter progresiv și caracterizate frecvent prin asocierea unora din caracteristicile descrise mai sus, proprii diferitelor stări de nedevelopare a

personalității, de întârzieri, deteriorări, etc.– exp. autismul infantil);

6. *Stări de dezvoltare dizarmonică* (determinate ereditar sau prin condiții educative precare, ce se manifestă de regulă, prin asocierea fenomenelor de retardare, mai ales la nivelul palierului emoțional-afectiv, cu dezvoltare în ritm obișnuit sau chiar accentuate a altor paliere).

În finalul acestei teme vom analiza localizarea defectelor primare și derivate în **structura personalității** principalelor categorii de deficienți.

Structurarea planurilor (subsistemelor) personalității (după Gh. Radu):

1. Planul cogniției:

- Elementare (primare): senzații, percepții, reprezentări
- Superioare (secundare): gândirea (înțelegerea, rezolvarea de probleme, conceptualizarea)

2. Orientării

3. Comunicării (limbajelor)

4. Motivațional-afectiv

5. Acțional-volitiv

6. Imaginativ-proiectiv

2.2. Localizarea defectelor la diferite categorii de deficienți

A. Deficientul de auz

- Defectul primar: la nivelul analizatorului auditiv, dând naștere la cofoză (surditate) sau hipoacuzie
- Defecte derivate:
 - secundare
 - în planul comunicării: muțenia
 - terțiare
 - în planul cogniției elementare
 - în planul cogniției superioare: șablonism, gândire concret-intuitivă
 - în planul afectiv-motivațional: tulburări de tip reactiv

B. Deficientul de vedere

- Defect primar: la nivelul analizatorului vizual, generând cecitate sau ambliopie
- Defecte derivate localizate:
 - în planul orientării spațiale
 - în planul comunicării prin scris și nonverbale
 - în planul afectiv-motivațional

C. Deficientul mintal

- Defectul primar: este în planul activității cerebrale, afectând direct cogniția superioară
- Defecte derivate: le regăsim la nivelurile tuturor planurilor personalității

D. Deficientul fizic

- Defectul primar: la nivelul organelor efectorii, cu influențe în planul orientării și în planul acțional-volitiv
- Defecte derivate: în planul motivațional-afectiv

3. DEZVOLTAREA COMPENSATORIE

3.1. Definirea dezvoltării compensatorii

Dezvoltarea compensatorie sau compensarea este o “lege a dezvoltării personalității, mecanism biologic de menținere și redresare a funcțiilor vitale ale organismului...Disponibilitatea de a reacționa compensator este o trăsătură comună a tuturor organismelor, adică nu numai a deficienților, ci a oricărui individ aflat - la un moment dat sau permanent – în dificultate” (M. Golu, 1976)

Referindu-se la copiii cu deficiențe, M. I. Zemțova (1965) definește **compensația** ca fiind “un proces aparte de dezvoltare, în condițiile căruia se formează noi sisteme dinamice de legături condiționate, au loc diferite substituiri, se produc corectări și

refaceri ale unor funcții distruse sau nedezvoltate, se formează modalități de acțiune și însușire a experienței sociale, se dezvoltă capacități fizice și mentale și personalitatea copilului în ansamblul său.”

Ca “lege” a procesului dezvoltării, *compensația* acționează în direcția reechilibrării acestui proces, ori de câte ori intervine câte un factor perturbator, de exemplu o deficiență, o disfuncție, o incapacitate, etc.

Fenomenul dezvoltării compensatorii este prezent la toate categoriile de deficienți, la fiecare categorie având un anumit specific și anumite limite.

În anumite condiții defavorabile, rezultatele procesului compensator se pierde prin **decompensare**. Acest fenomen invers compensării se produce frecvent la copiii deficienți, înregistrându-se regrese și dezadaptări.

Mai apar la deficienți fenomene **pseudocompensatorii**, constând în reacții adaptative, neadecvate, ca răspuns la condițiile ambientale sau educative defavorabile. Prin reacții pseudocompensatorii repetate se consolidează trăsăturile caracteriale negative.

Un alt fenomen negativ este **supracompensarea**, când comportamentele compensatorii domină comportamentul de ansamblu, ducând la dizarmonia personalității.

3.2. Formele compensării:

- *regenerarea organică* (ne semnificativă la om);
- *vicarierea* - suplinirea unei funcții pierdute (de exemplu afectarea funcției unui analizator) prin activitatea altora. Această formă este implicată masiv în dezvoltarea compensatorie a copiilor cu deficiențe senzoriale (*compensare intersistemică*);
- *Restructurarea funcțională sau dinamică* a activității vitale a oricărui organism lezat în condițiile specifice, neobișnuite pe care o ceează prezența oricărei deficiențe sau incapacități în vederea readaptării la condițiile de mediu (*compensare intrasistemică*).

D. Damaschin (1973) consideră că în afara activității – inclusiv sub formă de învățare, de muncă – nu poate exista compensație, îndeosebi compensație prin restructurarea schemei structurale, acest proces bazându-se pe interiorizarea treptată (uneori deosebit de dificilă), a unor modele de acțiune, pe care deficientul le exersează în procesul adaptării, fie spontan, fie dirijat.

3.3. Principiile adaptării compensatorii (D. Damaschin, 1973):

1. Principiul integrării și ierarhizării, presupune raporturi dinamice de subordonare, comutare, succesiune, substituție, sincronizare între diferitele componente ale comportamentului.
2. Principiul determinismului, presupune acțiunea cauzelor externe asupra dezvoltării (compensatorii) individuale, prin intermediul condițiilor interne.
3. Principiul activismului (fundamental în restructurarea schemei funcționale): “treptat, prin încercări izbutite și erori, deficientul își formează procedee compensatorii individuale, care, în baza principiului economiei forței, a locului și timpului, tind spre automatizare. Se poate afirma că, în afara activității, nu există și nu poate exista adaptare compensatorie”.
4. Principiul unității vizează echilibrarea organismului afectat, integrarea și armonia stărilor sale fizice, psihice și morale. Nu poate exista “compensație pe felii”, pe sectoare sau paliere ale personalității. Dezvoltarea compensatorie nu poate fi decât consecința unor

influențe pozitive multiple, exercitate asupra întregului organism, a întregii personalități.

5. Principiul analizei și sintezei - orice acțiune vizând stimularea dezvoltării compensatorii trebuie să-și propună depășirea dificultăților analitico-sintetice. Aceasta cu atât mai mult cu cât mobilizarea și coordonarea în procesul de restructurare compensatorie a funcțiilor mai bine păstrate, depinde, în mare măsură, de calitatea prelucrărilor analitico-sintetice în scoarța cerebrală, a impulsurilor venite de la diferiți analizatori.

Procesul se află în strânsă legătură cu “pârghia” ce stă la baza mecanismelor compensatorii, adică cu fenomenul de feed-back sau aferență inversă.

Legități ale dezvoltării compensatorii (M.I. Zemțova, 1965):

- Restructurarea compensatorie a procesului dezvoltării are loc pe baza formării conexiunilor reflex-condiționate, în conformitate cu legile neurodinamicii, referitoare la forța, mobilitatea, echilibrul și interacțiunea proceselor nervoase fundamentale, excitația și inhibiția. În felul acesta se dezvoltă treptat diferite funcții psihice, au loc diferite restructurări

funcționale și substituirii, trasarea și consolidarea unor căi ocolite.

- Restructurarea compensatorie a procesului dezvoltării se declanșează automat, imediat după ce s-a produs leziunea organică sau dereglarea funcțională.
- O activitate de terapie complexă inițiată de timpuriu determină obținerea unor rezultate compensatorii optime.
- În procesul adaptării compensatorii, organismul lezat face apel la o serie de funcții, care în mod obișnuit nu joacă un rol aparte, dar care se intensifică, treptat prin exercițiu.

4. CONCEPTUL DE ÎNVĂȚARE. RELAȚIA ÎNVĂȚARE – DEZVOLTARE

Conceptul de **dezvoltare** (P. Golu, 1985) se referă la “acel proces evolutiv, de esență informativ-formativă, constând în dobândirea (recepționarea, stocarea, valorizarea internă) de către ființa vie – într-o manieră activ-explorativă – a experienței de viață și, pe această bază, în modificarea selectivă și sistematică a conduitei, în ameliorarea și perfecționarea ei controlată și continuă sub influența acțiunilor variate ale mediului ambiant”.

Învățarea umană reprezintă o activitate psihică foarte complexă, deosebit de importantă pentru adaptare, constând în

însușirea de cunoștințe (învățare cognitivă), de operații mintale (învățare formativă), de deprinderi în domeniul vorbirii, citirii, scrierii și calculului (învățare instrumentală), de sentimente (învățare afectivă), de comportamente și deprinderi manuale (învățare practică), de atitudini și comportamente civice (învățare morală).

După Gh. Radu, 1999, “**învățarea școlară** (se desfășoară organizat, instituționalizat în școală) reprezintă forma tipică specifică prin care se efectuează învățarea la om, forma ei completă cea mai înaltă, deoarece la nivelul ei învățarea nu decurge pur și simplu de la sine, ci este concepută, anticipată și proiectată să decurgă într-un fel anume, ca activitate dominantă”.

Învățarea eficientă se bazează pe înțelegere, pe descoperirea activă de cel care învață a demersurilor proprii domeniului studiat, pe căutarea de soluții și rezolvarea situațiilor problemă.

La elevii cu CES, în raport cu tipul și gravitatea dificultăților întâmpinate sau de caracterul handicapului, atât înțelegerea, stocarea, cât și aplicarea informației și a experienței sunt stânjenite sau chiar blocate.

Didactica învățării pentru aceste categorii de persoane își propune să găsească sau să elaboreze acele modalități de abordare a elevilor respectivi, care să asigure deblocarea procesului învățării,

diminuarea dificultăților întâmpinate în acest proces, înlăturarea barierelor din calea adaptării.

În acest scop, se pune un accent deosebit pe *orientarea ludică* și *afectivizarea activităților de învățare*, pe eșalonarea materialului de învățat în secvențe bine delimitate, dar temeinic înlănțuite între ele, pe utilizarea îmbinată și echilibrată a mijloacelor de lucru intuitive, verbale și practice, pe însușirea unor instrumente specifice de comunicare și învățare (limbaj mimico-gestual, alfabet Braille s.a.), pe asocierea și integrarea activităților de învățare cu activități de terapie complexă și specifică (ergoterapie, meloterapie, terapia tulburărilor de limbaj, terapia tulburărilor de psihomotricitate).

4.1. Forme ale învățării:

a) după intenție:

- *învățare spontană, neintenționată*
- *învățare intenționată, conștientă, bazată pe înțelegere*

b) după formă: avem 6 tipuri de învățare aflate în strânsă interdependență și condiționare reciprocă

- *Învățare cognitivă*, constând în dobândirea de cunoștințe, operații, deprinderi intelectuale, la baza cărora stă înțelegerea și exercițiul.

- *Învățare psihomotorie*, bazată pe însușirea conștientă a unor scheme motorii și implicând: schema corporală, orientare, coordonare, viteză, ritm.
- *Învățare instrumentală* – se însușesc mijloacele, instrumentele, specifice de comunicare, implicate în limbajul verbal (oral și scris), în însușirea numerației și a instrumentelor de calcul, în însușirea semnelor de punctuație, ortografie, etc.
- *Învățarea afectivă* – se însușesc reacțiile adecvate la stările și situațiile afectogene
- *Învățarea practică* – se află la baza formării deprinderilor implicate în joc, în unele activități școlare, în activități de autoservire și gospodărești, în alte activități practice, manuale.
- *Învățarea morală* – constă în însușirea conceptelor de etică, în formarea deprinderilor de conduită socială, în respectarea regulilor de conviețuire în comunitate, etc.

În cazul elevilor cu CES, raportul obișnuit între formele de învățare (cognitivă, afectivă, instrumentală, psihomotorie, practică, morală), cât și între învățarea spontană și cea intenționată, este mai mult sau mai puțin modificat, aceasta depinzând de tipul și gradul deficienței, precum și de vârsta copiilor.

E. Verza recomandă ca în procesul de învățare la deficienții mintal să se pună accent în primul rând pe învățarea afectivă și motivațională, și în al doilea rând pe cea morală și practică, deoarece aceștia întâmpină dificultăți majore în învățarea cognitivă.

4.2. Rolul activității în dezvoltarea psihică

Referindu-se la învățare, J. Piaget (1973), afirmă că “fără activitate nu ar putea exista o înțelegere autentică”.

L. S. Vâgotski consideră că în calitate de factor esențial al dezvoltării, învățarea creează zona proximei dezvoltări, punând în mișcare o serie întreagă ale dezvoltării, accesibile copilului în momentul dat, dar numai în interacțiune cu cei din jur, adică în contextul unui mediu social obișnuit, al unor influențe și solicitări normale. “O organizare corectă a învățării copilului atrage după sine dezvoltarea lui mintală, cheamă la viață un șir întreg de asemenea procese ale dezvoltării care, în afara învățării, ar fi, în general, imposibile”.

Dezvoltarea se produce nu numai în baza învățării, dar și în baza situațiilor sociale integrale, în care este inclus copilul în fiecare etapă a vieții sale. Neîndoielnic, dezvoltarea psihică individuală se produce în contextul și sub imperiul dezvoltării socioculturale.

Influențat de teoria lui Vâgotski, Gh. Radu afirmă că există o dependență strânsă între învățare și dezvoltare, dar nu sub toate aspectele acestora din urmă, de exemplu, nu atât în ceea ce privește creșterea biologică și nici maturizarea funcțională, ci mai ales între învățare și socializare, adică acea latură a dezvoltării personalității, care este condiționată prin implicarea individului în contextul relațiilor sociale și care presupune realizarea prin învățare a numeroase achiziții cognitive, instrumentale, practice, morale, comportamentale, bazate pe experiența acumulată de societate în decursul istoriei sale.

În cazul persoanelor cu CES, diada învățare – dezvoltare se modifică, transformându-se într-o relație complexă cu trei factori de bază:

ÎNVĂȚARE – DEZVOLTARE – COMPENSARE

Astfel, învățarea ne apare atât ca factor de dinamizare a proceselor dezvoltării psihosociale, în general, cât și ca factor de echilibrare treptată, de corectare a abaterilor de la traseul obișnuit al dezvoltării; cu alte cuvinte este un factor important pentru realizarea a ceea ce numim dezvoltare compensatorie, în condițiile unei învățări orientate formativ.

În condițiile activității școlare cu CES, alături și în legătură cu obiectivele generale, vom urmări și obiective specifice, adică obiective în planul compensării, terapiei – în contextul activităților

de învățare obișnuite, dar mai ales în activități specifice, ca terapia tulburărilor de limbaj, unde ele devin prioritare.

CAPITOLUL III

SPECIFICUL EVALUĂRII ȘI INTERVENȚIEI LA COPILII CU DIZABILITĂȚI. (după Verza, E., 1987,1995 și Radu, Gh., 2002)

1. DEMERSURI PSIHODIAGNOSTICE ȘI SPECIFICUL PROGNOZEI ÎN PSIHOPEDAGOGIA SPECIALĂ

Conceptului de „*diagnostic*” i se acordă, de regulă trei sensuri: general, medical și psihologic. În primul sens, cel general, „diagnosticul este o recunoaștere, o identificare a unui proces, a unui fenomen sau a unei individualități, pornind de la detalii caracteristice”. În cel de al doilea sens, adică al diagnosticului medical, acesta are menirea de „a recunoaște în cazul concret, o anumită boală”. În sensul de diagnostic psihologic, își propune să identifice semnele unui proces sau însușirile unui fenomen psihic, pentru a preciza „apartenența la un anumit tip de personalitate”.

În „Dicționarul de psihologie- Larousse” (1996), sensul general al conceptului de *diagnostic* este interpretat și mai larg, el referindu-se la orice concluzie logică ce rezultă dintr-o serie de investigații „destinate înțelegerii comportamentului unei persoane, a funcționării unui grup sau situației unei întreprinderi”. Este evident că, în acest caz, termenul de „diagnostic” are o sferă extinsă și poate fi utilizat în orice domeniu al științei și al practicii, pentru a desemna procesul de evaluare a unei entități, care interesează sub aspectul stării sale în momentul dat, precum și în perspectiva evoluției.

Utilizarea frecventă, în domeniul nostru a unor termeni și denumiri comune sau împrumutate din alte domenii reprezintă expresia unor preocupări apropiate, înrudite chiar, cu cele din domeniile respective și reflectă totodată, ***caracterul interdisciplinar al psihopedagogiei speciale***. De aceea, este foarte important ca întotdeauna să precizăm sensul pe care-l acordăm termenilor preluați din alte domenii.

Psihodiagnoza și prognoza au o serie de ***caracteristici specifice*** în psihopedagogia specială dat fiind ***diferențele psihoindividuale ale persoanelor cu cerințe speciale*** de diferite categorii. C. B. Buică, „Revista de psihopedagogie”, Nr. 1/2004, consideră că „specificul diagnozei psihice în psihopedagogia specială este dat de:

- a. Caracterul de urgență al examinării (impus de principiul intervenției precoce);
- b. Caracterul multidimensionat al investigațiilor (datorat necesității cunoașterii aprofundate a cazului, în scopul personalizării intervenției psihopedagogice);
- c. Caracterul formativ al utilizării testelor (determinat de cerințele metodologice ale strategiilor terapeutice ulterioare).”

Calitatea adaptării la condițiile de mediu și a celei socio-profesionale în special denotă valoarea și eficiența acestor programe și metodologii și indică ***corectitudinea psihodiagnozei și prognozei***.

Activitatea de psihodiagnoză și prognoză se corelează cu paradigmele psihopedagogiei speciale care se exprimă în raționamente ce permit considerarea deficienței într-un proces în care acționează factorii de dezvoltare specifici ***vârstei***, raportabili la reperele psihodiagnostice generale și factorii compensatori naturali și dobândiți prin programele recuperative.

Activitatea psihică nu se poate decela direct ci doar prin intermediul exprimării ei în comportamente, fapt ce solicită decodificarea acestora ca o condiție a înțelegerii lor.

La persoanele cu dizabilități sunt implicate două aspecte:

1. Pe de o parte în astfel de cazuri manifestările psihice sunt pertinente cu răspunsuri fără ocol la situațiile stimulative care facilitează pătrunderea în intimitatea psihică și evaluarea ei.
2. Persoanele cu dizabilități au mai puține posibilități de a recepționa stimulii înconjurători și de a elabora răspunsuri calitative și cantitative la fel cu ale normalilor.

Din punct de vedere al terminologiei, adepții sistemului integrat postulează ideea renunțării la clasificarea rigidă și stigmatizantă pe grupe de handicap a elevilor, înlocuind-o cu sintagma „copii cu cerințe educaționale speciale, (CES)”, considerată ca având implicații psihopedagogice mai nuanțate.

„Cerințe educative speciale exprimă o tendință fundamentală a unor copii de a li se acorda o atenție și o asistență educativă suplimentară, fără de care nu se poate vorbi în mod efectiv de egalizarea șanselor de acces, participarea școlară și socială”. Această sintagmă desemnează un „continuum al problemelor speciale de educație, cu referire la un registru larg de tulburări care se întinde de la deficiențele profunde la tulburările ușoare de învățare”(Doru Vlad Popovici).

Din categoria copiilor cu C.E.S. fac parte atât copii cu deficiențe propriu-zise – la care cerințele speciale sunt multiple, inclusiv

educative – cât și copii fără deficiențe, dar care prezintă manifestări stabile de inadaptare la exigențele școlii. Pentru a realiza o temeinică intervenție educativ - recuperativă este necesară o cunoaștere sistematică a particularităților dezvoltării și a capacităților de învățare de care ei dispun.

Cazuistica deosebit de bogată și variată a tulburărilor dezvoltării, care dau naștere cerințelor educaționale speciale, determină și complexitatea investigațiilor ce trebuie desfășurate de către organisme abilitate cu fiecare copil în parte. De asemenea, determină prevalența unui anumit tip de investigații pentru fiecare situație supusă evaluării. Astfel:

1. Vor prevala investigațiile medicale în cazul acelor copii care întâmpină dificultăți de adaptare, inclusiv școlară, datorită unor procese maladive în desfășurare sau datorită unor boli de lungă durată. Totuși, în astfel de situații, în constelația procedeelelor utilizate vor trebui implicate permanent și investigațiile în plan psihologic, pedagogic și social.

2. În cazul copiilor deficienți, la care dificultățile de adaptare și învățare își au originea în tulburări ale dezvoltării, consecutive unor stări maladive stabilizate, prevalența va aparține diagnosticului psihologic, fără a exclude totuși, investigațiile în plan medical și socio-educativ.

3. În cazul tuturor celorlalți copii, ale căror cerințe educative speciale își au originea nu în boli și deficiențe, ci în carențe de mediu și ale sistemului educativ, prevalent este diagnosticul pedagogic, sprijinit însă pe investigații în plan psihologic, social și medical.

4. Evaluarea situației sociale în care se află cel investigat.

Ca parte componentă a actului complex de investigație, diagnosticul psihologic reprezintă el însuși “un act de primă importanță, care condiționează tratamentul, evoluția ulterioară a subiectului și cere din partea psihologului stăpânirea perfectă a tehnicilor, o mare experiență, o vastă cultură și multă intuiție”.

În psihodiagnoză se folosesc atât metode și instrumente proprii – teste standardizate, aparatura psihotehnică – cât și alte modalități, clasice sau moderne, originale sau adaptate, ca: observația, chestionarul, analiza produselor activității, analiza factorială.

În psihologia românească, perioada anilor 1970 s-a caracterizat printr-o efervescență deosebită, context în care a fost larg abordată și problematica psihodiagnozei în general. Din această perioadă datează o serie de lucrări. Au existat de asemenea și preocupări speciale care au vizat cunoașterea și diagnosticarea copiilor cu deficiențe.

În 1970, Dumitru Ciumăgeanu publica un material cu privire la selecția copiilor deficienți, în care, pentru a sublinia specificul și caracterul complex al diagnozei la deficienți, utilizează termenul de diagnostic psihopedagogic. Idei valabile și astăzi susținute de autori:

- necesitatea corelării strânse a datelor obținute prin anamneza medicală, prin investigații de laborator, cu datele obținute prin metodele psihologice propriu-zise: observația, ancheta, probele experimentale;

- importanța elucidării implicațiilor pe care le au particularitățile dezvoltării asupra activităților de învățare;

- valoarea formulării unor ipoteze, de fapt a unor programe de intervenție compensatorie.

Autorul se referă la câteva erori tipice, care pot apărea în procesul diagnosticului psihopedagogic: efectul de halo, eroarea de generozitate, forțarea încadrării subiectului investigat într-o anumită categorie terapeutică, absolutizarea valorii unor anumite manifestări și minimalizarea altora.

Un alt studiu interesant în legătură cu specificul psihodiagnozei la deficienți, este publicat în 1987, de către **Emil Verza**. În concepția sa, diagnoza la deficienți trebuie să vizeze:

- diferențierea tulburărilor organice de cele funcționale în producerea stării de handicap;
- stabilirea rolului factorilor socio-culturali și familiali;
- depistarea factorilor etiologici;
- estimarea nivelului de handicapare (psihic, senzorial, motric) în raport cu gravitatea deficienței sau/și a incapacităților implicate;
- prognoza șanselor de influențare corectivă și alegerea în acest scop a metodologiei adecvate.

În finalul studiului său, autorul evidențiază câteva dintre cerințele care trebuie îndeplinite în desfășurarea actului psihodiagnostic:

- asigurarea încrederii în examinator;
- înlăturarea stării de anxietate, care se manifesta accentuat în timpul examinării, mai ales la handicapații senzorial și de limbaj;
- asigurarea unor condiții de confort pe timpul examinării și eliminarea influențelor negative din exterior.

Prezintă, de asemenea, interes schemele prin care autorul reliefează intuitiv poziția deținută de diagnoza psihologica în lanțul activităților de cunoaștere a elevilor handicapați și, desigur, a tuturor elevilor cu CES. Psihodiagnoza se situează, astfel, ca verigă

centrală, de legătura, între diagnoza organică și diagnoza fiziologică și acțională, pe de o parte, iar, pe de altă parte, diagnoza socială și prognoza, care o însoțesc, o continuă și o întregesc.

În această viziune, diagnoza stărilor de handicap – inclusiv diagnoza cerințelor educative speciale – reprezintă un proces complex, cu caracter unitar, dinamic și de durată, a cărui finalitate constă în înlesnirea elaborării și aplicării demersului terapeutic-recuperator. (Anexa 2)

După cum se știe, curentul modern al **psihodiagnozei formative** își are originea în teoriile psihologice, elaborate de J. PIAGET, L.S.VÎGOTSKI, FEURENSTEIN, E. VERZA, MARIA ROTH-SZAMOSKOZI, ȘTEFAN SZAMOSKOZI, GH. RADU, IOANA MANOLACHE. De pe poziția acestor teorii, psihodiagnoza se transformă dintr-o activitate constatativă, într-un demers investigativ-ameliorativ. Amintim doar în treacăt că, printre promotorii acestei orientări în țara noastră, se numără BENIAMIN ZÖRGÖ și IOAN RADU, precum și TIBERIU KULCSAR. Cercetările acestuia din urmă rețin atenția prin faptul că au fost desfășurate exact în problematica pe care o dezbatem.

Pentru fundamentarea orientării formative și asigurarea caracterului dinamic al actului psihodiagnostic, o deosebită valoare

dobândește cunoscuta teorie psihologică cu privire la zonele dezvoltării.

Susținând această teorie, L. S. Vîgotski consideră că, în aprecierea nivelului de moment și a perspectivelor ce se întrevăd, trebuie avute în vedere, concomitent, două zone ale dezvoltării oricărui copil investigat- *zona actuală a dezvoltării*, la nivelul căruia copilul poate acționa eficient, cu forțe proprii, fără a avea nevoie de ajutorul unei alte persoane: părinte, dascăl, un elev bine pregătit- și *o zonă proximală a dezvoltării*, la nivelul căruia el poate acționa eficient, numai dacă este ajutat și dirijat, adică dacă beneficiază de sprijin din exterior, din partea adultului, de regulă a educatorului.

Desfășurându-se în zona dezvoltării mintale actuale, învățarea empirică (spontană, neregulată) nu dispune de valențe formative deosebite, deoarece ea nu solicită copilul la un efort intelectual intens. Pentru a fi eficientă în sens formativ, învățarea se cere a fi proiectată astfel încât să acționeze în zona proximei dezvoltări, adică să-l solicite pe copil peste capacitățile lui de învățare spontană. În această perspectivă învățarea are un caracter intensiv, stimulator și urmărește nu atât acumularea de material informativ- dar și acesta- cât, mai ales, antrenarea capacității reale de care dispune copilul, accelerarea dezvoltării sale, cu alte cuvinte,

transformarea continuă a zonei proximei dezvoltări în zona dezvoltării actuale, forța motrică a acestei dezvoltări accelerate găsiindu-se în resursele interne ale învățării ca factor dinamizator, adică ale unei învățări formative, dinamice.

„Experimentele formative, desfășurate într-o atmosferă clinică, par să fie cele mai adecvate probe de psihodiagnoză școlară, întrucât ele indică dinamica reală a dezvoltării psihice.”(Emil Verza - 1978)

T. Kulcsar a abordat, într-o manieră complexă – inclusiv sub aspectul mijloacelor psihodiagnostice și de cunoaștere dinamică – fenomenul de eșec școlar, de insucces la învățătură la elevii din școala obișnuită. A făcut apel la un demers comparativ, studiind în paralel elevi din școala obișnuită cu rezultate bune la învățătură, elevi cu insucces școlar și elevi handicapați mintal. A folosit, îndeosebi, probele operatorii piagetiene, considerând ca aceste probe au o valoare predictivă ridicată. În această calitate de experimente, probele formative se aplică în trei stadii:

- **constatativ**, în care se urmărește nivelul actual al dezvoltării intelectuale, inclusiv a acțiunilor mintale deja accesibile subiectului

- **formativ**, în care se urmărește sondarea “nivelului potențial” al dezvoltării și inițierea unor activități de antrenare a operațiilor mintale implicate

- **aplicativ**, în care se urmărește evaluarea prin exerciții practice-aplicative a operațiilor mintale însușite.

Un asemenea demers psihodiagnostic – numit formativ după veriga sa centrală se deosebește esențial de investigația psihodiagnostică tradițională. Dacă aceasta din urmă ar putea fi asemuită cu o imagine fotografică de moment, statică, cu posibilități limitate de a prefigura imaginile ulterioare, psihodiagnosticul formativ poate fi asemuit cu o suită de imagini în mișcare, pe baza cărora se poate întrevădea și, mai ales, se poate influența activ desfășurarea ulterioară.

Într-un proces de psihodiagnoză formativă, cel investigat este ajutat să-și depășească dificultățile, să învețe operațiile urmărite în testare și să-și îmbunătățească treptat performanțele, în conformitate cu capacitățile reale. Este exact ceea ce ne trebuie pentru a face distincția dintre adevăratul deficient și copilul cu nevoi speciale limitate (pseudodeficienți mintal și copii cu întârzieri în dezvoltare și învățare datorate carențelor de stimulare).

Szamoskozi, 1997- consideră că „psihometria clasică, fiind centrată pe produsul intelectual este statică și constatativă, oferă o

evaluare retrospectivă a nivelului intelectual și minimalizează relația dintre inteligență și învățare. Dimpotrivă, evaluarea formativă este centrată pe proces; ca atare, ea devine dinamică, oferă o evaluare a potențialului de dezvoltare cognitivă și reconsideră relația inteligență- învățare.”

Totuși autorul nu consideră că metodologia psihometrică tradițională ar trebui înlocuită total prin metodologia formativă care reprezintă doar o completare deosebit de valoroasă, o întregire a sistemului complex de psihodiagnoză. Utilizarea probelor de diagnostic formativ este importantă și necesară, mai ales, atunci când testele psihometrice se dovedesc a fi nediferențiatore. De exemplu, delimitarea cazurilor de pseudodebilitate mintală în zonele limitare ale deficienței mintale, cât și în zonele marginale ale stării de normalitate, nu este accesibilă metodologiei psihometrice clasice, dar este posibilă cu ajutorul probelor de diagnostic dinamic, formativ. Depistând la o parte dintre copiii cu intelect de limită posibilități mai largi ale proximei dezvoltări, probele de diagnostic dinamic-formativ reușesc să evidențieze, de fapt, capacități „ascunse”, mascate ale acestora de a evolua din ce în ce mai aproape de ritmurile normale ale dezvoltării pentru vârsta dată.

Se face astfel distincția între: adevăratul deficient – la care nevoile speciale sunt multiple și profunde, putând fi satisfăcute doar

cu un mare efort și cu o cantitate mare de ajutor personalizat; și copilul cu nevoi speciale limitate – care folosește cu ușurință ajutorul ce i se acordă și face progrese vizibile într-o activitate de învățare mediată. Diagnosticul formativ are astfel o dublă calitate: este diferențial și stimulat. În diagnosticul formativ o mare importanță o are implicarea „mediatorului” (părinte, educator, învățător).

METODELE PSIHOPEDAGOGIEI SPECIALE, în funcție de specificul limitelor fiecărei categorii de deficiențe, se folosesc în activitatea psihodiagnostică:

- handicapul de auz- probe nonverbale;
- handicapul de văz- probe verbale;
- handicapul motor și comportamental - combinate.

TIPURI DE METODE:

- a. Observația
- b. Experimentul: natural și de laborator
- c. Testele: verbale și nonverbale
- d. Conversația
- e. Analiza produselor activității
- f. Anamneza – studiul de caz.

În activitatea de psihodiagnostic formativ se urmărește atât aspectul cantitativ (indici de întârziere), cât și cel calitativ (dezechilibru, dizarmonii), cât și specificitatea (rezultată din sintezele primelor două), dar mai ales perspectiva, previziunea evoluției sub influența intervenției organizate, adică a modelării personalității în activitatea de joc, de învățare și muncă.

Diagnosticul bazat pe orientarea formativă se profilează, îndeosebi, ca diagnostic diferențial și urmărește constatarea capacităților compensatorii și nivelul potențial al dezvoltării mintale a subiectului în cauză. Particularitățile diagnosticului constau în raportarea permanentă a deficiențelor constatate la eficiența metodelor pedagogice sau eficiența întregului sistem complex de intervenție modelatoare. (Gh. Radu, 2002)

Cu ajutor suplimentar nu toți copii evoluează la fel ceea ce duce la ritmuri diferite de ameliorare a performanțelor care sunt considerate de către B. Zorgo (1976) „un indice mai valid al capacităților intelectuale decât performanțele realizate la o singură încercare” de unde rezultă necesitatea elaborării unor „experimente de învățare” sau a unor probe formative.

I. Radu (1976) afirmă că metodele formative de diagnostic se bazează în prima fază pe o examinare cu caracter consultativ, când are loc aplicarea tradițională a diferitelor probe și în faza ulterioară,

în care „testarea continuă oferindu-se pentru probele nerezolvate elemente de sprijin într-o anumită gradație pentru a sonda capacitățile latente, blocate, eventual de starea de tensiune sau alte condiții. Acestea vizează mecanismele interne de achiziție, grație cărora subiectul este în măsură să beneficieze de învățare.”

Gh. Radu consideră că „evidențierea raportului dintre activitatea de învățare și acumulările în planul dezvoltării este unui din indicii calitativi ai diagnosticului diferențial. În raport cu obiectivul urmărit și cu maniera de folosire, orice probă de psihodiagnostic poate fi sau poate deveni probă formativă”.

T. Kulcsar pune în evidență legătura dintre psihodiagnostic și intervenție (educativ – terapeutică) în sensul că „Cunoaștem mai bine elevii educându-i și educându-i îi cunoaștem mai bine”.

Investigațiile în psihodiagnostic formativ urmăresc nu numai evidențierea nivelului actual al dezvoltării (diagnostic de stare) – nivel explicat de cauzele și evoluția sa de-a lungul etapelor parcurse (diagnostic genetic sau etiologic) – ci își propune să anticipeze, într-o manieră activă, dinamica dezvoltării ulterioare, sub influența învățării, adică prognoza proximei dezvoltări.

Prin maniera formativă de a aborda instrumentele de investigație, actul psihodiagnostic se întregeste deoarece el abordează prezentul – starea actuală a subiectului – nu doar prin prisma trecutului, adică

a istoriei devenirii sale, ci și în perspectiva viitorului, adică a previziunii evoluției în etapa următoare. Dar nu o evoluție spontană, integratoare, ci o evoluție dirijată în și prin activitatea de învățare, spre valorificarea optimă a potențialelor individuale la subiectul investigat.

Etape ale evaluării diagnostice:

1. Etapa de stabilire a diagnosticului inițial: de timpuriu; de scurtă durată; depistare: în familie, de către educator; diagnosticare la CES;
2. Etapa evaluării periodice (etapă fundamentată cu orientarea formativ-terapeutice);
3. Etapa evaluării finale (în vederea OSP).

Mijloace și instrumente de consemnare a informației:

- a. Caiet de observații;
- b. Fișa psihopedagogică individualizată;
(anexa 3)
- c. Caracterizările de etapă.

Interesul tot mai accentuat manifestat în rândul specialiștilor pentru studiul condițiilor umane și a activităților ludice permite

surprinderea unor particularități ale personalității care pot fi mascate în alte împrejurări. Orice manifestare sau act comportamental este rezultatul a două elemente (E. Verza):

- A naturii persoanei care acționează sau reacționează (factori subiectivi).

- A naturii situației în care se află subiectul (factori obiectivi).

Diagnoza psihică are valoare relativă deoarece subiectul cu dizabilități prezintă variații notabile de la o perioadă la alta, de la o vârstă la alta, ca urmare atât a acumulărilor prin programele recuperatorii cât și o dezvoltare a funcției compensatorii ce se modifică în permanență sub influențele educației și activității.

Recuperarea și compensarea au următoarele caracteristici:

- ✓ deosebit de active pe toate palierele dezvoltării la handicapății senzoriali (de văz și auz), psihomotori și de limbaj;
- ✓ dar există perioade de stagnare și oscilații la handicapății de intelect;
- ✓ la aceasta se adaugă și posibilitățile reduse de delimitare, în toate situațiile, a zonelor normale de cele deteriorate sau în curs de evoluție inevitabilă spre handicapare.

Dat fiind faptul că, din punct de vedere anatomo-fiziologic, apar modificări mai frecvente la handicapați față de normali, manifestările psihice (comportamentale) ce se iau în considerație în psihodiagnoză au un caracter discontinuu și dificil de evaluat. Pentru a spori gradul de încredere în valoarea psihodiagnozei, examinarea-reexaminarea se efectuează la un interval de timp care trebuie apreciat în raport de: capacitatea care se măsoară; ritmul achizițiilor subiectului; cantitatea-calitatea procesului în care este implicat subiectul pe linie reformativă și formativă la un moment dat.

Există riscul ca retestarea la un interval de timp mai scurt să prezinte pericolul ca subiectul să-și reamintească răspunsurile date în faza de testare și atunci nu ar mai constitui două testări valabile, iar dacă intervalul este prea lung funcția măsurată se modifică atât de mult prin dezvoltare încât se ajunge la o nouă evaluare comportamentală (Mariana Roșca, 1976). O asemenea situație este vizibilă la handicapații de limbaj, la cei senzoriali și motorii, dar este limitată la deficienți de intelect deoarece memoria este deficitară și achiziția în dezvoltare este lentă.

Pentru urmărirea nivelului de dezvoltare psihică și a modificărilor comportamentale bazate pe învățare se impune reexaminarea periodică la intervale de timp ceva mai lungi care

prezintă semnificația precizării noului QI și emiterea unor judecăți de valoare și predicție asupra subiectului, care trebuie și ea revizuită periodic. Ca atare: funcția de predicție ce transpare încă din acțiunea de psihodiagnoză este limitată în timp în psihopedagogie specială, fapt ce presupune trecerea periodică printr-o astfel de examinare.

Condițiile care trebuie îndeplinite pentru efectuarea unei psihodiagnoze valide în psihopedagogia specială sunt următoarele:

1. Diferențierea tulburărilor organice de cele funcționale în producerea handicapului;
2. Stabilirea rolului factorilor socio-culturali și familiali;
3. Depistarea factorilor etiologici;
4. Estimarea nivelului de handicapare (psihică, senzorială, motorie);
5. Evaluarea prognozei ca și a șanselor mai bune de influențare corectivă prin stabilirea unui tip specific de metodologie compensator - recuperatorie.

Proгноza se referă la dezvoltarea probabilă a cazului și este cu atât mai validă cu cât este mai corect diagnosticul diferențial și etiologic. În psihopedagogie specială probele (testele) care se folosesc cu scopul de diagnoză psihică pot fi întrebuințate cu rezultate semnificative și în cercetare și în procesul de învățare-

dezvoltare a unor cunoștințe, deprinderi, aptitudini. În acest din urmă caz subiectul handicapat este foarte receptiv dacă probele respective au o componentă ludică sau dacă sunt aplicate sub forma unor jocuri (cuburile Kohs, imagini cu lacune, completarea de fraze neterminate, exprimarea preferinței pentru o anumită culoare dintr-un număr dat).

Pentru efectuarea unei psihodiagnoze riguroase și alăturarea unui program recuperatoriu eficient, dosarul trebuie să mai cuprindă date obținute prin anamneză, chestionar, observație, etc.

În ansamblu, dezvoltarea personalității și manifestarea comportamentală se efectuează în conformitate cu anumiți patterni personali specifici. Aceștia diferă între indivizi ceea ce înseamnă că și capacitatea de achiziție este diferită ca și elaborarea sau reelaborarea de răspunsuri la diverse împrejurări ale mediului. Psihodiagnosticul trebuie să pună în evidență diferențele specifice ale persoanei testate, calitățile prin care se remarcă în raport cu ceilalți indivizi de aceeași vârstă sau de vârste diferite.

Pentru psihopedagogia specială, triada prin care se construiește competența psihodiagnosticianului este dată de **triada testare-evaluare- diagnosticare**. De aici predicția care se impune a fi efectuată de același specialist din mai multe domenii de competență

și practici de organizare a procesului instructiv-educativ în vederea recuperării persoanelor cu dizabilități.

Modificarea periodică a prognozei se impune nu numai datorită achizițiilor din planul informativ-formativ al subiectului handicapat, dar și faptului că nu poate fi luată în considerare „o stabilitate absolută nici o instabilitate absolută” a QI care suferă fluctuații în funcție de o serie de factori analizați de specialiști de psihodiagnostic în repetate rânduri. R. Zazzo arată că fidelitatea unui QI tinde să varieze invers proporțional cu mărimea sa – ea este mai bună pentru QI inferiori lui 70 și mai slabă pentru QI superiori lui 130.

Pentru diagnosticul individual se impune o mare prudență factorilor aleatori care tind să se anuleze la scara grupei și pot influența QI individual în sensul unei diminuări –de aceea este considerat ca un rezultat mai slab și mai puțin sigur decât unul bun.

Dacă admitem instabilitatea QI pentru subiecții cu dizabilități în general și, în special pentru cei de intelect și senzoriali, instabilitatea este mai mare în unele sectoare ale dezvoltării psihice față de altele. Să ne gândim la variațiile trăsăturilor emoțional- afective și motivațional- voliționale care își pun amprenta pe structurile personalității individului, la care se adaugă evoluția sau involuția somatică care lărgeste aria dispersiilor pe toate palierele dezvoltării psihice.

Pentru deficienții care se află sub vârsta mentală de 6 ani sau cei care depășesc vârsta mentală de 12 ani fluctuațiile sunt mai accentuate pe toate laturile dezvoltării psihismului și ca atare prognoza este semnificativ probabilistică, ceea ce se datorează dificultăților de testare - evaluare a diferitelor însușiri psihice pentru deficienții sub vârsta mentală de 6 ani și a schimbărilor relativ rapide pentru cei care depășesc vârsta mentală de 12 ani ca urmare a influențelor factorilor înconjurători.

Particularitățile activităților recuperatorii imprimă o anumită specificitate actului psihodiagnostic și mai cu seamă celui pronostic în psihopedagogia specială. La aceasta se adaugă labilitatea influențelor educative care dau un caracter aleatoriu dezvoltării, mai evident la deficienții cu deficiențe asociate sau la cei cu deficiențe profunde.

Paradigmele psihopedagogiei speciale se exprimă printre altele și în raționamente care permit considerarea deficientului printr-un proces în care acționează: pe de o parte, factorii de dezvoltare specifici vârstei și raportabile la reperele psihogenetice generale; și pe de altă parte, factorii compensatori naturali și dobândiți prin procesele recuperatorii până la un anumit moment.

Atât factorii din prima categorie cât și cei din a doua categorie trebuie raportați la reperele utilizate în psihopedagogia specială și

ramurile ei prin considerarea faptului că personalitatea deficientului poate fi accentuată pozitiv sau negativ. Astfel, formarea deficientului pentru viață deschide perspective pentru evoluție și imprimă un caracter permanent activității recuperatorii prin depășirea stadiului acțiunii și trecerea în cel de transformare. Asemenea transformări se vor desfășura atât pe verticală cât și pe orizontală pentru a putea valorifica la maximum caracteristicile handicapatului și posibilitățile lui compensatorii. De aici ideea că subiectul nu numai că trebuie implicat în acțiune, dar și introdus în structura ei ca o condiție a încărcării de tensiune psihică.

În cazul în care influențele de mediu și educație sunt corelate și organizate, se realizează un echilibru pe baza interiorizării și acumulării de comportamente pozitive complexe și constructive. În acest context, prognoza operează în vederea individualizării activităților de recuperare.

Pe baza psihodiagnozei și prognozei de scurtă durată (între care există diferențe) se constituie *programe recuperativ - compensatorii* și se adoptă o *metodologie* adecvată procesului *instructiv – educativ - terapeutic*.

Prognoza de scurtă durată implică în continuare stabilirea rolului factorilor invocați mai sus pe linia cea mai sensibilă a dezvoltării

psihice. Prognoza de scurtă durată se referă la primele 10-12 luni (la copiii fără deficiențe o astfel de prognoză se face pentru o perioadă de peste un an și jumătate). Estimația se nuanțează în funcție de caracterul favorizant sau lipsa acestuia din mediul general de dezvoltare. Reperele compensatorii de care dispune subiectul constituie punctul central și forte al prognozei de scurtă durată.

Prognoza de lungă durată implică organizarea treptată a statutelor și rolurilor sociale posibile de atins pentru fiecare handicapat. Între cele două tipuri de prognoză există o strânsă legătură și nu trebuie concepute separat nici teoretic și cu atât mai mult practic. Cele două forme de prognoză constituie împreună părți componente ale tratării și recuperării individuale.

Pe această direcție, ramurile psihopedagogiei speciale își vor accentua caracteristicile aplicative și își vor spori eficiența prin punerea în centrul atenției a intervențiilor (instructiv - educative sau psihoterapeutice) care urmăresc modificarea structurilor comportamentale și a substructurilor psihice care le energizează. Intervențiile menționate vor ține seama de capacitatea organismului de a răspunde unor cerințe, capacitate deosebit de activă. Această capacitate se bazează pe recuperare.

Recuperarea este naturală atunci când acționează prin subsistemul funcției psihice aflat în stare critică și de compensație sau supleanță când funcțiile tulburate sunt preluate de alte segmente ale sistemului psihic (compensație / recuperare intersistemică). Cu toată plasticitatea și intensitatea sistemului nervos care întreține fenomenele recuperatorii, nu este facilitată, în toate categoriile de handicap, acțiunea educației, ea devine totuși eficientă prin organizarea întregii activități de la simplu la complex și prin amplificarea evenimentelor cu semnificație pozitivă (compensație / recuperare intrasistemică).

Așa cum precizează E. Verza (1985) în studiul său „Metodologia recuperării în defectologie”, prin recuperare se urmărește, pe de o parte, să se valorifice la maximum posibilitățile individului handicapat, iar pe de altă parte, funcțiile psiho-fizice neafectate trebuie astfel antrenate încât să poată suplini activitatea funcțiilor deficiente pentru a se ajunge la formarea unor abilități ce îi permit persoanei o integrare activ-eficientă în viața profesională și socială. În final, trebuie să ducă la ajustări și transformări care, prin continue acumulări și adaptări să determine comportamente ce asigură o

existență profesională și socială cu potențarea progresului pe linia personalității.

2. SPECIFICUL INTERVENȚIEI EDUCATIV – TERAPEUTICE (TIPURI DE RECUPERARE):

RECUPERAREA PRIN ÎNVĂȚARE ține de două aspecte foarte importante:

- a. activitatea de recuperare prin intermediul învățării să înceapă încă de la vârsta preșcolară sub formă relativ organizată, dar adaptată la specificul particularităților psihoindividuale;
- b. dacă la deficienții de limbaj, de vedere și motorii, recuperarea se poate efectua printr-o învățare predominant intelectuală, la deficienții de intelect va fi predominant afectivă și motivațională, iar la cei de auz recuperarea devine mai eficientă prin combinarea formelor menționate mai sus cu accent pe o latură sau alta în raport de caracteristicile grupului. La acestea se adaugă cele două forme de învățare: învățarea morală și învățarea motrică, care vor fi aplicare la toate categoriile de deficienți ca o condiție fundamentală pentru recuperare.

RECUPERAREA PRIN PSIHOTERAPIE poate fi considerată ca o metodă ce contribuie la recuperarea psihică și psihosocială a handicapaților de limbaj, motor, senzoriali și chiar în deficiența de intelect ușoară sau medie; ea nu înlătură handicapul ca atare, dar se face spiritual, fortifică personalitatea, înlătură anxietatea și izolarea, creează motivații și activează pulsionile individului în procesul recuperatoriu.

RECUPERAREA PRIN TERAPIA OCUPAȚIONALĂ este realizată prin mai multe feluri de terapii cele mai semnificative pentru handicapați fiind ludoterapia, meloterapie, terapia prin dans și ergoterapia. Se pot aprecia efectele optime ale recuperării atunci când subiecții handicapați își dezvoltă o serie de calități fizice și psihice care îi fac apți să ajungă la:

1. O oarecare anatomie personală;
2. Exercițarea unei ocupații sau profesii;
3. Formarea unor comportamente adecvate la situație, ceea ce îi permite integrarea socială;

4. Capacitatea de a comunica prin limbaj oral sau scris printr-o continuă înțelegere a lumii înconjurătoare și a relațiilor cu ceilalți;
5. Formarea unor interese cât mai diverse;
6. Formarea simțului de responsabilitate și de autoconducere;
7. Formarea capacității de a aprecia și de a prevedea situațiile viitoare;
8. Însușirea abilităților locomotorii și a dexterităților manuale.

Strategiile prognozei de lungă durată operează la copiii handicapați (ca de altfel și la cei normali) cu rezerve de aptitudini și cu nuclearizarea de interese în jurul acestora. Strategiile prognozei de lungă durată se obiectivează în datele generale incluse în procesele de recuperare și în programele speciale suplimentare ale acestora și constituie schema în care se înscrie complexul de factori și condiții ce pot face ca recuperarea să fie cât mai eficientă. Pentru aceasta trebuie să se țină seama – pe parcursul demersului recuperativ – de efectele directe și secundare ale ameliorării obținute în timp.

Ca stare se pot efectua numeroase scheme de astfel de prognoze, fie individualizate la cazuri particulare, fie generale cu valoare pentru o categorie de handicapați sau pentru toate tipurile de deficiențe. Și unele și altele implică procese de raționalizare, în abordarea cazurilor de deficienți, a strategiilor de acțiuni recuperatorii care asimilează atât efectele de progres în dezvoltarea psihică cât și pe cele de recuperare compensatorie (efecte secundare și terțiale).

Organizarea activității devine operativă prin adaptarea următoarei strategii, ca schemă generală de acțiune:

Schema generală de acțiune pentru organizarea activităților terapeutice

Activități ludice - activități de învățare – activități terapeutice de compensare – activități de pre-profesionalizare – activități de profesionalizare - activități de integrare socio-profesională – ADAPTARE (recuperare)

Această schemă se constituie ca o metodologie educațională ce pornește de la cunoașterea caracteristicilor psihoindividuale bazate

pe aplicarea unor probe (de evaluare a personalității și posibilităților intelectuale) și să ajungă la demersuri în care eficiența și economicitatea să fie implicate nemijlocit în procesul activității recuperativ - integrative a deficiențelor.

În realizarea prognozei trebuie să se țină seama că prin educație se ajunge la un anumit stadiu de organizare a personalității handicapatului. Strategiile respective consideră această organizare a personalității ca un factor de perspectivă în evoluția individului la care trebuie adăugate noi valențe prin considerarea relației dintre intern-extern, pe de o parte, și o relație dintre educație ca acțiune și educație ca transformare, pe de altă parte.

Prognoza trebuie să creeze posibilitatea ca handicapatul să depășească prezentul și să fie proiectat în viitor.

O asemenea proiecție devine operantă prin oferirea de modele pozitive de viață, prin crearea de scopuri clare cu privire la activitate, a motivației tonifiante, a organizării intereselor și menținerea confortului psihic.

PSIHODIAGNOZA în psihopedagogia specială este o etapă intermediară între *diagnoza organică* (când prin teste clinice se pune

în evidență deficitul primar) *diagnoza funcțională* (metodele clinice vor releva insuficiențele funcțional- fiziologice ale unor organe sau a întregului organism) *diagnoza socială* (ce evaluează prin metode psihopedagogice capacitățile handicapatului de a răspunde la cerințele mediului înconjurător, de a adopta atitudini corespunzătoare și de a participa la viața colectivă) și *prognoza*.



DIAGNOZA PSIHICĂ are o independență mai mare devenind în același timp elementul fundamental pe baza căruia se realizează DIAGNOZA SOCIALĂ și PROGNOZA.

DEONTOLOGIA în actul psihodiagnostic trebuie să țină seama de o serie de condiții dintre care deosebit de importantă este ASIGURAREA ÎNCREDERII SUBIECȚILOR ÎN EXAMINATOR. Această condiție asigură colaborarea subiecților și înlăturarea stării de anxietate care este deosebit de accentuată la handicapații senzoriali și de limbaj. Pentru handicapații de intelect o importanță mai mare o are succesul sau insuccesul care determină o atitudine pozitivă sau negativă față de sarcină modificând performanța în raport cu dispoziția subiectului.

LABILITATEA PSIHOAFECTIVĂ a deficiențelor influențează comportamentul lor în fața sarcini fapt care necesită înlăturarea oricărei influențe exterioare care poate distra atenția subiectului și crearea de către psihodiagnostician a unei stări de confort.

Rezultatele obținute în urma examinării vor fi corelate cu elementele surprinse prin analiza activității subiectului pentru a căpăta convingerea fixării unei diagnoze psihice complete și a prognozei care să valorifice în primul rând *însușirile definiției ale componentelor viitoare*.

În defectologie este esențială raportarea datelor obținute pe baza probelor aplicate la condiția adaptării subiectului la mediul înconjurător.

Adaptarea sau neadaptarea este nu numai un indiciu al diferențierii normalului de deficient dar și un parametru în aprecierea eficienței programelor recuperatorii organizate.

Atât diagnosticul dar mai ales intervenția trebuie să aibă în vedere întregul sistem al personalității. Scopul final fiind *coechilibrarea personalității handicapatului și integrarea lui socială.*

Chiar dacă intervenția este îndreptată spre unele arii ale dezvoltării specifice, trebuie să măsurăm modificările și asupra altora și a întregului sistem al personalității pentru a nu ajunge la dezvoltarea unei personalități dizarmonice.

CAPITOLUL IV
DETERMINĂRI ÎN RELAȚIA
COMUNICARE – PERSONALITATE -
COMPORTAMENT
LA PERSOANELE CU DIZABILITĂȚI
(după E. Verza, 1998)

Psihologia contemporană a demonstrat unitatea dialectică dintre limbaj și gândire, argumentând, în același timp, posibilitatea devansării uneia în raport cu cealaltă (și cu alte aspecte ale sistemului psihic), devansare care nu tulbură echilibrul dezvoltării lor armonioase. Avansul ce se poate înregistra la nivelul gândirii influențează pozitiv evoluția ulterioară a limbajului așa cum și o dezvoltare mai pregnantă pe linia comunicării stimulează, în ansamblu, procesul ideății. Orice manifestare comportamentală înseamnă și comunicare, iar odată ce se exprimă o oarecare conduită, ea își exercită forțele asupra structurii personalității.

Unitatea complexă ce se stabilește între diferitele forme comportamentale și însușirile dominante ale persoanei, determină structurarea unor tipologii ale personalității handicapate pe fondul elaborării și diversificării formelor comunicaționale. (E. Verza).

Există deci, pe de o parte, o relație nemijlocită între formele comunicaționale și cele comportamentale, și pe de alta parte, între formele comunicaționale și tipologia personalității, relație ce se poate exprima prin: ***Schema dimensiunii personalității la handicapați (figura 1)***, precum și ***Schema bloc a relației dintre personalitate, comunicare, comportament (figura 2)***.

În contextul unității dintre comunicare-personalitate-comportament un rol de dinamizare și orientare îl are cu siguranță Nucleul Ereditar al Energiei Psihice (NEEP) rezultat din structurile înnăscute ale individului. Acest nucleu facilitează, atât la normali cât și la handicapați, instalarea unor însușiri specifice ale personalității cu tipologii adecvate care transpar în forme comportamentale diversificate. NEEP iradiază prin tipologia personalității și prin comportamentul individului determinând, pe de o parte, formele comunicaționale, iar pe de altă parte, forța și direcția comunicării. Astfel, în tipologia personalității se regăsesc cele două perechi de tipuri de personalitate: personalitate matură – imatură; personalitate armonică - dizarmonică, în funcție de echilibrul afectiv și motivațional, dar și de comunicare, comportament, trebuințe și alte laturi ale personalității. Acest nivel concentric cuprinde principalele caracteristici duale, structurile dominante ale personalității, în număr de zece perechi (feminitate -

masculinitate; extraversie - intraversie; egoism - altruism; coerență - incoerență, etc.) ce acționează în sens contrar, anulându-se de cele mai multe ori una pe alta, dând astfel naștere la o tipologie diferențiată a personalității.

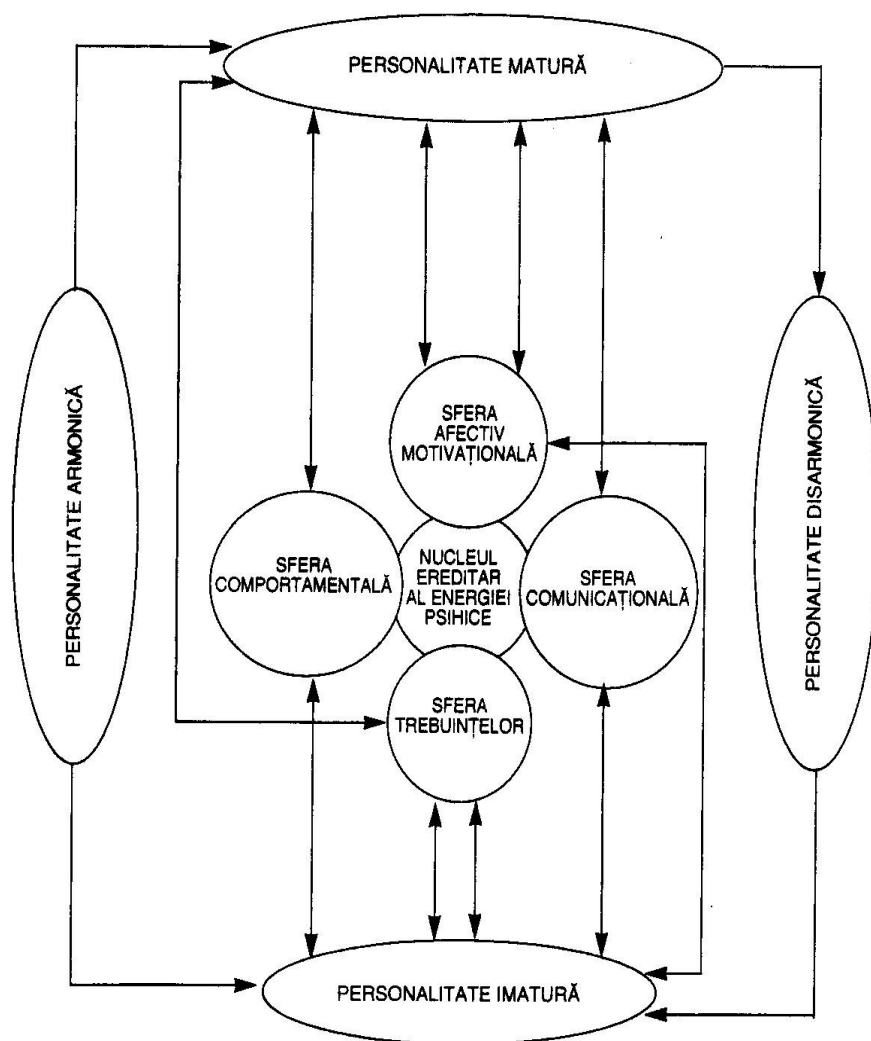


Fig. 1. Dimensiunea personalității la handicapați

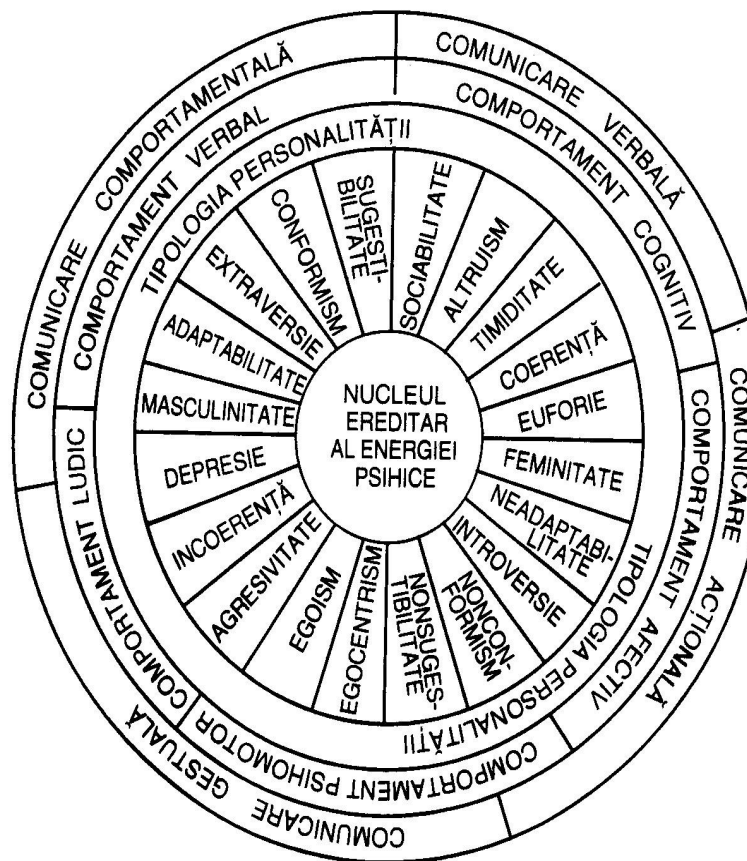


Fig. 2. Schema bloc a unității dintre personalitate și comunicare, pe fondul diversificării formelor comportamentale

Această tipologie a personalității se reflectă în forme comportamentale specifice, care se reduc în practica de lucru de fiecare zi cu handicapatii, la cinci comportamente fundamentale ce le înglobează pe toate celelalte: comportamentul afectiv, psihomotor, ludic, verbal și cognitiv. Pe baza acestor elemente constitutive ale personalității și comportamentului se diversifica și cele patru forme comunicaționale: verbală, gestuală, acțională și comportamentală. Se observă că ultimul nivel concentric conține tipurile de comunicare, aceasta pentru că orice comportament comunică ceva (o nevoie, o stare, etc) și de asemeni comunicarea nu e altceva decât o transpunere în afară a ceea ce e specific în interior (NEEP, personalitate).

La persoana normală comunicarea verbală (orală și scrisă) este dominantă în raport cu alte forme de comunicare.

În cazul persoanelor cu handicap domină o formă sau alta de comunicare: verbală, gestuală, acțională, comportamentală, depinzând de forma și gravitatea handicapului.

Centrarea subiectului pe o anumită formă de comunicare are efecte pozitive sau negative asupra trăsăturilor dominante ale personalității și, în final, exprimarea printr-o modalitate comportamentală specifică. Reiese de aici caracterul dinamic și complex al relației dintre comunicare, personalitate, comportament.

Tipologia personalității individului își pune amprenta pe funcționalitatea comunicării în special și al comportamentului în general.

În figura 2 - Dimensiunea personalității la handicapați - se observă cum același NEEP despre care s-a amintit, emerge în toate sferele personalității: sfera comportamentală, comunicatională, afectiv-motivatională și a trebuințelor. De la acest nivel se ajunge la cele două perechi de tipuri de personalitate: matură/imatură, armonioasă/dizarmonică. Orientarea săgeților din schemă sugerează strânsă legătură între toate elementele; fiecare este în legătură (directă sau indirectă) cu celelalte. De aici unitatea între comunicare, comportament și personalitate, atât în cazul persoanelor normale cât și în cazul celor handicapate. Apare tot în această schemă și alt un alt element: NA - nivel de aspirație, cel care activează energic organismul, îl mobilizează la acțiune. Este vorba și de feed-back-ul între NA și sferele implicate. Există efecte din partea formelor comunicaționale asupra comportamentelor și structurilor de personalitate. O dată manifestată o formă sau alta de comunicare, subiectul suferă modificări importante, trăind momente de satisfacție sau insatisfacție în legătură cu realizarea scopului propus și cu efectele ce le produce asupra interlocutorului. Reușitele

sau eșecurile repetate își pun pecetea asupra trăirilor emoționale și dau o anumită coloratură vieții interioare, determinând stabilizarea unor elemente și fragilizarea altora.

Între formele de comunicare există unitate, căci subiectul se folosește, într-un fel sau altul, de toate, dar una dintre ele este dominantă. Dominanța unei forme de comunicare sau alta este dată de structurile interne ale subiectului, de energia psihică, de potențialul psihic ce îl caracterizează, de contextul obiectiv în care se desfășoară interrelaționarea umană. Forma și gravitatea handicapului influențează, în egală măsură, tipul de comunicare asupra căreia se concentrează subiectul.

Din punct de vedere funcțional, comunicarea este unitară și intrinsecă structurilor interioare. Din punct de vedere didactic, comunicarea se subdivide în patru categorii principale: verbală, gestuală, acțională și comportamentală. Între cele patru tipuri de comunicare există o interdependență și în funcție de forma și gravitatea handicapului una din ele este dominantă.

Comunicarea verbală (orală și scrisă) este principala formă de comunicare pentru omul normal și permite cel mai adecvat exprimarea stărilor interioare proprii, a gândurilor, ideilor, a sentimentelor și emoțiilor, a atitudinilor și intereselor, a motivației și trebuințelor, a modului de a fi și a acționa și totodată și înțelegerea altora. În cadrul comunicării prin limbaj, expresia și impresia se realizează pe baza unui text, context și subtext care permit interlocutorilor un schimb direct legat de informații expuse și subînțelese ori rezultate din caracterul situațional în care se desfășoară comunicarea.

În interrelaționare capătă importanță statutul și rolul social pe care-l ocupă subiectul în cadrul grupului, la care se adaugă un anumit coeficient de subiectivizare rezultat din specificul personalității sale. În felul acesta se creează o anumită distanță psihologică între interlocutori, distanță ce este cu atât mai mare cu cât diferențele dintre aceștia sunt mai pregnante și este percepută în egală măsură de ei, dacă sunt normali din punct de vedere psihofizic.

Distanța psihologică se diminuează până la ștergerea ei totală în condiții când comunicarea se desfășoară între handicapați și este dependentă de gravitatea și tipul deficienței, iar dacă la comunicare

participă alături de handicapați și subiecți normali, distanța psihologică se amplifică pentru cei din urmă și rămâne relativ neconștientizată de primii.

Forma și gravitatea deficienței produce o perturbare la nivelul funcțiilor de recepție și de expresie a comunicării verbale. Valoarea instrumentală a limbajului scade, aspectele semantice ale comunicării se reduc în favoarea celor pragmatice.

Comunicarea verbală la handicapați este labilă, cu momente de stagnare și cu dezvoltări progresive, lente, fapt ce se corelează cu însușirile dominante de personalitate prin exercitarea unor interinfluențe reciproce ca apoi să se evidențieze în comportamente globale ce au tendința de a se obiectiviza într-o formă specifică pentru fiecare subiect în funcție de condiția de ansamblu la nivelul întregului psihism.

În cazul subiecților normali comunicarea se realizează punându-se accent pe latura semantică fapt ce denotă o funcționalitate superioară a operațiilor ideative și un control riguros al conștiinței. În cazul subiecților cu deficiențe, tinde să domine latura pragmatică, posibilitățile intelective sau de exprimare fiind diminuate.

Limitarea și fragilitatea calității și cantității semantice și pragmatice a informațiilor ce este caracteristică handicapaților, și mai ales celor de intelect, frânează dezvoltarea operațiilor mentale și progresul în manifestarea comportamentelor. Astfel că nu există un autocontrol riguros pe linia limbajului expresiv și nici un set prea complex al învățării (receptării) limbajului, ceea ce imprimă o anumită fragilitate comunicării cu influențe asupra personalității și comportamentelor globale. Cu cât deficiența este mai gravă cu atât comunicarea verbală pierde în conținut, devine săracă și anostă, lipsită de coerență și de forța mesajului. Comunicarea este însoțită de gestică și pantomimică exacerbate, dezagreabile și relativ neadecvate la conținut.

N. Chomsky face distincție între competența lingvistică (înțelegerea) și performanța lingvistică (exprimarea) și remarcă faptul că la handicapați competența are o funcționalitate limitată și determinată de condițiile situative în care se desfășoară comunicarea, performanța fiind și mai deficitară.

Ritmul, intonația și, în primul rând, timbrul vorbirii exprimă conținutul temperamental al vorbitorului, dar și mai reprezentative sunt aceste caracteristici pentru unele trăsături dominante ale personalității: introversie – extraversie, agresivitate – timiditate, euforie – depresie, coerență– incoerență, masculinitate – feminitate.

Aceste trăsături sunt mai evidente în comunicarea scrisă căci au un anumit nivel al presiunii instrumentului de scris, forma, orientarea și înclinarea grafemelor, fermitatea închiderii buclilor și legarea acestora etc exprimă o stare temporară sau stabilă a persoanei care se concretizează în forme specifice de comportament.

Astfel, prin cunoașterea comunicării verbale ajungem să ne formăm o imagine, relativ completă, asupra trăsăturilor dominante ale persoanei și a comportamentelor sale stabile, așa cum decelând stările comportamentale și structurale ale subiectului putem aprecia forma comunicării sub toate aspectele sale valorice.

Handicapurile de limbaj, începând cu cele mai simple, cum sunt dislaliile, provoacă, odată cu înaintarea în vârstă, dezorganizarea personalității și dezordini comportamentale. Efectele negative se manifestă de la rețineri în vorbire, inhibiție în activitate, blocaje psihice, și pot determina chiar dezorganizarea constituirii însușirilor personalității. Când handicapurile de limbaj sunt mai grave și mai extinse, efectele negative sunt mai mari, ceea ce duce la o accentuare a tulburărilor de personalitate. Dacă copiii preșcolari și școlari mici acordă mai puțină importanță handicapurilor de vorbire, școlarii mari, puberii, adolescenții și persoanele adulte fac uneori din acestea adevărate drame. Ei nu înțeleg că frământările în care se

zbat nu contribuie la înlăturarea handicapului, ci dimpotrivă, îl accentuează. La majoritatea handicapaților, aceste frământări și comportamente aberante se extind de la relațiile cu familia, cu rudele, prietenii, la colectivul din care face parte, intrând adeseori în conflict, având impresia că este neînțeleș de acesta.

Atunci când handicapurile de limbaj sunt consecutive altor deficiențe, cum sunt cele senzoriale sau fizice, tulburările personalității și dezordinile comportamentale devin tot mai persistente. Pentru cei cu handicap de intelect, fenomenele nu ne apar atât de complicate, deoarece aceștia nu reușesc, decât parțial și numai în unele cazuri, să conștientizeze situația în care se află. La persoanele cu debilitate ușoară sau la cele cu intelect de limită, handicapurile de limbaj pot constitui, alături de deficiența psihică, factori traumatizanți ce influențează negativ planul comportamental. Indiciul cel mai evident al unor tulburări de personalitate atât la normali, cât și la deficienții senzoriali, psihici și fizici, îl constituie adoptarea unor comportamente antisociale, dificultăți de integrare în colectiv, izolarea de colectiv și centrarea pe sine, negativismul și încăpățânarea, subaprecierea forțelor proprii, manifestarea unor atitudini egocentriste și egoiste, stări prelungite și dureroase tensionale, ce duc la surmenaj fizic și intelectual. Se poate ajunge astfel la anxietăți, complexe de inferioritate și nevroze, ceea ce

determină un comportament al handicapaților de limbaj manifestat prin instabilitate, prin mari oscilații de la o situație la alta, de la o zi la alta, de perceperea exacerbată a unor stimuli care au o semnificație redusă pentru alte persoane, dar pe care, subiectul îi amplifică și îi recepționează ca factori negativi. De aici rezultă că trăsăturile de personalitate au un ridicat grad de fragilitate și instabilitate. Or, tocmai relația dintre caracteristicile stabile și cele instabile denotă un anumit tip de personalitate și, în raport de dominarea uneia sau a alteia, se conturează o personalitate puternică, armonioasă și matură, or, dimpotrivă o personalitate fragilă, dizarmonică și imatură.

Personalitatea handicapatului de limbaj se poate dezorganiza pe fondul stării de inerție, de rigiditate și a fobiei vorbirii ce se întărește sub formă unor legături durabile și obsedante și astfel, vor fi provocate și alte dereglări verbale. În alte cazuri, asemenea situații amplifică handicapurile de limbaj existente prin apariția unui mutism selectiv. Odată cu intrarea în școală a copilului cu tulburări de vorbire, tabloul manifestărilor psihice se complică tot mai mult.

La aceasta contribuie faptul că, prin solicitarea copilului să vorbească în fața colectivului de elevi și neputința acestuia de a se exprima corect, atrage ironia celorlalți, copiii punându-l în situația

de a trăi mai accentuat hipersensibilitatea afectivă, refuzând să mai răspundă le lecții, de teamă să nu greșească.

Raportate la particularitățile temperamentale, vârstă, educație și dezvoltare mintală, handicapurile de vorbire pot provoca și o excitație psiho-motorie, ce se manifestă prin agitații permanente, neastâmpăr, mișcări dezorganizate, indisciplină. Din aceleași motive, la alți handicapații de limbaj pot apărea manifestări opuse, inhibitive, ce duc la un comportament rigid, uniform și fără un activism adecvat momentelor respective.

În genere, tulburările comportamentale sunt provocate de conflicte lăuntrice, de frământări interne în cazul în care handicapații nu-și dau seama de posibilitatea rezolvării situației sale dificile. Când conflictele se prelungesc și devin cronice, ele influențează negativ, în primul rând formarea caracterului și nu stimulează dezvoltarea psihică în ansamblu. La aceștia apar frecvent oscilții și contradicții în rezolvarea problemelor, ca și în adoptarea modalităților de acțiune mintală și practică.

Existența tulburărilor de limbaj la persoanele cu intelect deficitar duce la regresia psihică și comportamentală, ca urmare a deficitului funcțiilor de cunoaștere și de exprimare, a imaturității afective, a creșterii sugestibilității, impulsivității și rigidității psihomotorii.

Aceasta și pentru faptul că deficitul de intelect îngreunează aprecierea concretă și adecvată a situațiilor de viață ce presupun adaptarea comportamentală prin anticiparea acțiunii, a riscurilor și împrejurărilor favorabile în care se află subiectul la un moment dat. În acest sens, legarea genezei afective de geneza gândirii exprimă, în fapt, determinismul psihologic și recunoașterea rolului celor două procese la elaborarea mecanismelor comportamentale. R.Zazzo exprima aceasta, arătând că inteligența nu este un factor suficient pentru determinarea adaptării sociale, căci o importanță similară o au și factorii emoționali și cei de mediu.

În deprivările de auz și de vedere, handicapurile de vorbire creează probleme supraadăugate, în ceea ce privește comunicarea și înțelegerea socială. Spre deosebire de debilizii mintali, aceștia își dau mai bine seama de situația lor și percep eșecurile repetate ca fiind determinate, în primul rând, de posibilitățile lor reduse de exprimare. Datorită absenței folosirii cuvântului la surzi sau a folosirii cu dificultate la hipoacuzici, precum și a slabei înțelegeri a vorbirii, aceștia au o evoluție psihică și socială mai lentă. Rezultate bune se obțin prin frecventarea grădiniței și a școlii, unde prin conținutul muncii dirijate și metodice se asigură evoluția psihică, demutizarea și se impulsionează socializarea. În cazul pierderii

vederii, se produce un dezechilibru profund în relațiile individului cu lumea externă. Dar dificultățile de pronunțare sunt mai frecvente la nevăzătorii congenitali, pentru ca ei nu au posibilitatea să imite modelul corect, decât pe cale auditivă. Sensibilitatea lor este foarte accentuată, ca și conflictele interne, deoarece au mari dificultăți de orientare în mediu. Ei trăiesc dramatic, pe fondul unui intelect normal, nu numai deficiența de vedere, dar și handicapul de limbaj.

O a doua formă de comunicare este cea gestuală. Pentru subiectul cu posibilități de verbalizare comunicarea gestuală are rol de susținere, de adjuvant, de suplinire și completare a ceea ce este dificil de comunicat verbal. Pentru surdomut gestică devine fundament și bază a exprimării și înțelegerii. Comunicarea gestuală se perfecționează și se modifică în raport de capacitățile psihice și de specificul personalității handicapatului ca și de potențialul comunicativ al grupului cu care interacționează. Un rol important în comunicarea gestuală îl are și mimica și pantomimica împreună cu care formează limbajul semnelor.

Limbajul semnelor se învață așa cum se învață și limbajul oral. Cu cât învățarea se face mai de timpuriu, cu atât se facilitează trecerea nemijlocită de la limbajul semnelor la grafie fără a se folosi vorbirea orală. J. Lillo afirma că bilingvismul pragmatic (al

limbajului semnelor și a limbajului oral) trebuie introdus paralel în educația precocă a deficienților de auz.

Folosirea preponderentă a cuvântului de timpuriu în detrimentul gestului și invers nu contribuie la o comunicare eficientă a deficientului cu anturajul său și nici nu contribuie la stimularea rapidă a activității psihice generale. Așadar, pe cât este posibil, o metodă sau alta, o formă sau alta trebuie să țină seama de nivelul dezvoltării psihice și de potențialul real al copilului ca și de scopul educației de a realiza eficient integrarea curentă și cea socio-profesională a handicapatului. Exagerarea în folosirea limbajului semnelor poate deveni un obstacol în achiziția limbajului oral; renunțarea la limbajul semnelor se va face treptat, pe măsura achiziționării cuvintelor.

Gestul însoțește vorbirea și imprimă o anumită coloratură a ritmului, intonației și chiar intensității discursului. Gesturile pun în evidență atitudinile afective, modalitățile de abordare a sarcinii, impresia pe care o are subiectul despre realizarea sarcinii și în genere toate structurile dominante ale personalității.

Limbajul gesturilor se produce mai stereotip și sărac în informații nuanțate ceea ce poate determina confuzii și o recepție parțială a sensului și semnificației celor comunicate.

În comunicarea gestuală, pe lângă mișcarea și configurația mâinii, ritmica și amplitudinea mișcării, ca și mimica și direcția privirii, imprimă sensul discursului iar exprimarea intenției, a atitudinii vorbitorului determină o precizare mai pertinentă a semnificației comunicării și a nivelului de participare motivațional-afectivă a subiectului.

La surdo-mut mișcările mâinii compensează dificultățile exprimării verbale, dar și la copilul mic normal achiziționarea primelor cuvinte corelează cu utilizarea gesturilor simbolice. Chiar de timpuriu, gesturile simbolice, ca și cele demonstrative și figurative, au o anumită semnificație, în timp ce altele au rolul de a preciza ritmul, intonația și intensitatea comunicării verbale. Pe măsura însușirii cuvintelor, gestul se subordonează vorbirii, dar rămâne dominant în comunicarea neauzitorilor mult timp după ce începe procesul demutizării. Achiziția structurilor lingvistice paralel cu folosirea și modificarea unor gesturi ce intervin nemijlocit în procesul demutizării demonstrează și relația dintre cuvânt și gest. Astfel s-a observat că leziunile emisferei stângi pentru cei cu preferința manuală dreapta și a emisferei drepte pentru cei cu preferință manuală stângă provoacă nu numai tulburări diferite ale limbajului dar și dereglări ale comunicării gestuale, acționale și

comportamentale în genere. Asemenea leziuni emisferice perturbă atât exprimarea – performanța – cât și înțelegerea – competența – în toate formele de comunicare.

În cazul comunicării acționale și comportamentale este necesar să se facă distincția între aparență și stabilitate deoarece unele manifestări sunt accidentale, în timp ce altele sunt stabile și obișnuite. La nivelul acestor forme de comunicare se produc mișcări mai largi, cu semnificații a unor acțiuni generale (a mânca, a lucra) care facilitează exprimarea și înțelegerea prin faptul că implică o mai mare libertate a subiectului de a-și face cunoscute punctele sale de vedere și de a interpreta cele comunicate în raport cu întregul context în care el se desfășoară.

Prin acțiunile stabile și obișnuite se exprimă, pe de o parte, trăsăturile dominante ale personalității, iar pe de alta parte, se realizează o înțelegere și asimilare a faptelor care convin structurilor interioare ale individului. Este aici implicată dezvoltarea motricității generale care se exprimă în raport de sensibilitatea și capacitatea perceptuală a subiectului ca și de nivelul dezvoltării creierului și integritatea funcțională a analizatorilor. Toate acestea își pun pecetea asupra interacțiunii dintre elementele cognitive și afective care însoțesc preponderent comunicarea acțională și comportamentală. Astfel se ajunge la ceea ce înțelegea G. Bateson

prin stilul și structura comunicării care poate să-i asigure succesul sau dimpotrivă, ratarea înțelegerii cu cei din jur.

Chiar și pentru deficienții la care predomină comunicarea gestuală și acțională, structurile lingvistice sunt implicate atât la nivelul limbajului exterior cât și la cel interior.

Comunicarea verbală se învață și se perfecționează permanent prin intermediul relațiilor interumane în timp ce comunicarea gestuală, acțională și comportamentală, fără a fi lipsită de această calitate, are un pronunțat caracter de dezvoltare spontană, iar acumulările, salturile calitative și cantitative sunt mai lente. Din acest punct de vedere formele comunicării gestuale, acționale și comportamentale nu susțin atât de mult dezvoltarea psihică în ansamblu cum o poate face cuvântul.

Cuvântul concentrează și exprimă esențialul, abstractul și generalul având forțe nelimitate de cuprindere sintetică a gândului. În plan afectiv el este cel care facilitează eliberarea tensiunilor interioare făcând posibilă instalarea echilibrului la nivelul personalității.

În ontogeneză, limbajul, comportamentul și personalitatea copilului se dezvoltă sub influența unor factori sociali în care familia, grădinița și școala dețin rolul fundamental și dau semnificații previzibile pentru viața viitorului adult. În acest context

se pun bazele interrelațiilor reciproce dintre limbaj, comportament și personalitate. Aceste interrelații devin de necontestat deoarece odată cu conturarea tot mai evidentă a personalității copilului apare un comportament verbal încărcat de semnificații multiple, o conduită complexă și matură. Nu există nici un echivoc ca și conduita verbală poartă pecetea manifestarilor intime și specifice ale personalității, ale felului cum sunt trăite, asimilate și reflectate influențele mediului înconjurător.

În același timp, prin intermediul limbajului se exprimă cel mai adecvat stările atitudinale ale omului, cum sunt atitudinea față de sine, față de alții și față de activitate, care toate denotă forme comportamentale afirmate.

Importanța dezvoltării și cultivării conduitei verbale rezultă și din faptul că, datorită ei, subiectul uman se prezintă sub variate aspecte: al capacităților intelective, al trăirilor afectiv-emoționale, al particularităților de temperament, caracter, cultură, vârstă, etc. Așadar, se poate afirma că limbajul, conduita verbală definește omul ca persoană cu toate atributele sale. Dar, datorită efectului circular al limbajului, odată ce a fost manifestat, el are influențe asupra noastră în sensul că reglează și organizează întreaga activitate psihică, prin satisfacțiile și insatisfacțiile ce le simțim în

raport cu efectele asupra celor din jur. Astfel, prin intermediul limbajului, putem să ne mobilizăm forțele într-o acțiune pe care o întreprindem sau dimpotrivă, ne putem frâna sau inhiba demersul, respectiv, el ne creează un anumit tonus afectiv, ne facilitează gândirea, meditația, exprimarea trăirilor noastre, în general.

Heterocronia dată de dezvoltarea dizarmonioasă a componentelor enumerate se va diminua prin programe recuperator-compensatorii adresate atât formelor comunicaționale, formelor de comportament cât și personalității în ansamblu.

CAPITOLUL V

PRINCIPALELE CATEGORII DE PERSOANE CU DIZABILITĂȚI

1. DEFICIENȚA DE INTELECT (DUPĂ GH.RADU, 1999)

1.1. Definiția deficienței de intelect

Deficiența de intelect reprezintă o insuficiență globală ce vizează întreaga personalitate, structură, organizare, dezvoltare intelectuală, afectivă, psihomotrică, comportamental-adaptativă, de natură ereditară sau câștigată în urma unei leziuni organice sau funcționale a sistemului nervos central, care se manifestă din primii ani de viață, în grade diferite de gravitate în raport cu nivelul mediu al populației, cu urmări directe în ceea ce privește adaptarea socio-profesională, gradul de competență și autonomie personală și socială.

Complexitatea acestei disfuncții psihice este evidentă și în pluritatea noțiunilor utilizate cu aceeași accepție: arierație mintală (E. Seguin), oligofrenie (E. Blener, E. Kraepelin), retard mintal (A.A.M.S), înapoiere mintală sau întârziere mintală (A. Luria, A. Roșca, M. Roșca), deficiență mintală (Gh. Radu), insuficiență mintală (OMS).

R. Zăzzo (1979) afirmă că: „debilitatea mintală este prima zonă a insuficienței mintale insuficiență relativă la exigențele societății, exigențe variabile de la o societate la alta, de la o vârstă la alta insuficiență ai cărei factori determinanți sunt biologici și cu efect ireversibil în studiul actual al cunoștințelor”.

După Gh. Ionescu, definițiile deficienței mintale pot fi grupate în trei categorii:

- a) definiții etiologice-structurale;
- b) definiții constatativ funcționale;
- c) definiții operațional-comportamentale.

a) A.R. Luria consideră deficiența mintală ca „o atingere cerebrală gravă a copilului înainte de naștere sau în cursul primei copilării, ceea ce produce o tulburare a dezvoltării normale a creierului și numeroase anomalii ale dezvoltării mintale”.

b) J. Lang afirmă că deficiența mintală corespunde unei imposibilități sau insuficiențe de funcționare, de randament sau organizare funcțională.

c) Asociația Americană pentru Deficiența Mintală consideră că deficiența mintală se referă la o funcționalitate sub medie a inteligenței generale, care își are originea în perioada de dezvoltare și este asociată cu tulburări ale comportamentului adaptativ.

1.2. Etiologia deficienței de intelect

Teoria etiologică explică natura deficienței mintale prin multitudinea de factori care o determină. În toate formele de handicap, ca și cel mintal, stabilirea cauzelor se constituie ca un demers dificil, ca urmare, pe de o parte, a dificultăților rezultate din faptul că una sau mai multe cauze pot provoca handicapul respectiv.

După E. Verza (1995), cele mai frecvente cauze ar fi:

leziuni și disfuncționalități ale sistemului nervos central care determină forme de handicap denumite, de unii autori, ca fiind exogen, patologic, dizarmonic, etc.

factori ereditari, concretizați în aberații cromozomiale ce duc la așa-numitele forme endogene;

vârsta prea fragedă sau prea înaintată a părinților și scăderea puterii de procreație;

tulburările degenerative și metabolice care influențează dezvoltarea normală a sistemelor cerebrale;

bolile infecțioase apărute în ontogeneza timpurie conduc la stagnarea funcțională în circuitele nervoase sau împiedică dezvoltarea cranio-cerebrală;

traumele fizice de la nivelul craniului, cu efecte negative asupra S.N.C.;

intoxicațiile alcoolice sau cu diferite substanțe chimice ce au efecte negative asupra evoluției sistemului nervos;

factori stresanți și oboseala exagerată a gravidei;

factori socio-economici, prin neasigurarea alimentației suficiente;

privarea afectivă a copilului la vârstele mici, care împiedică achizițiile în plan intelectual și nu stimulează dezvoltarea psihică;

radiațiile, care exercită o acțiune negativă asupra dezvoltării generale a organismului, ș. a.

Matty Chiva și Yvette Rutschneanu (1979), în clasificarea factorilor etiologici diferențiază:

I. Factori genetici, ereditari, endogeni, sau constituționali

a) nespecifici

b) specifici datorită unor aberații cromozomiale

datorită unor deficiențe specifice genelor

II. Factori extrinseci, exogeni, dobândiți sau aparținând mediului

a) prenatali

b) perinatali

c) postnatali

d) psihoafectivi

Fără a intra în detalierea cauzelor deficienței de intelect, aducem în atenție doar faptul că o complexitate etiologică determină și o complexitate a tipurilor de handicap de intelect.

1.3. Clasificarea deficienței de intelect

O problemă dificilă o constituie clasificarea deficienței mintale ținând seama de marea varietate a formelor și tipurilor clinice, de paleta largă a etiologiei și de simptomatologia extrem de bogată.

Clasificări psihometrice:

După A. Binet și Th. Simon, 1908:

Deficienți mintal:

- Idioți: CI: 0 – 20/25
- Imbecili: CI: 20/25 – 50
- Debili: CI: 50 – 70

Subnormali:

- Liminari CI: 70 – 90

Normali: CI: peste 90

După Gh. Radu, 1999:

- | | |
|-------------------------------|--------------|
| ◆ deficiență mintală profundă | CI < 29 |
| ◆ deficiență mintală severă | 30 < CI < 49 |
| ◆ deficiență mintală moderată | 50 < CI < 64 |
| ◆ deficiență mintală ușoară | 65 < CI < 74 |

După I. Druțu, 1995:

◆ deficiență mintală profundă	CI 0 – 20/25
◆ deficiență mintală severă	CI 20/25 – 35
◆ deficiență mintală moderată	CI 35 – 50/55
◆ deficiență mintală ușoară	CI 50/55 – 70/75
◆ intelectul de limită	CI 70 – 85

Trebuie să remarcăm că printre elevii cu deficiență ușoară, moderată și severă din școlile speciale mai întâlnim și *liminari*, dar și *pseudo-deficienți mintal*.

Caracteristicile **intelectului liminar**: organizare mintală subnormală, cu funcții fluctuante sau scăzute și cu un nivel fluctuant de dezvoltare (CI = 70 – 90), ritm încetinit al dezvoltării intelectuale, mari dificultăți în trecerea spre stadiul superior al gândirii abstract-logice, operații mintale imprecise, nesigure și rigide, dificultăți în prelucrarea informației dobândite, capacitate limitată de comutare și transfer a achizițiilor, imaturitate afectivă, dificultăți de control voluntar, dificultăți de actualizare și aplicare a celor învățate, imaturitate socio-afectivă.

Termenul de **pseudo-deficiență mintală** (I. Druțu, 1995) se referă la acele categorii de copii cu întârziere sau încetinire în

dezvoltarea psihică, cu blocaje emoționale, cu carențe educative, care sunt determinate, în general, de factori de origine externă și al căror randament școlar și rezultatele la unele teste psihologice sunt similare cu ale deficientului mintal”. (ap. Gh. Radu, 1999, p.73)

Delimitarea deficienței mintale prin descrierea principalelor caracteristici (după Gh. Radu, 1999)

Poate cea mai cunoscută descriere, reluată în diverse variante în numeroase lucrări de specialitate, este cea care încearcă să prezinte o imagine globală asupra debilității mintale, prin referire la *trei laturi fundamentale ale structurii personalității*: latura perceptivă, conceptuală și comportamentală. Fenomenul pe care ni-l prezintă această descriere - fenomen relativ complex, cunoscut în literatură sub numele de **sindromul lui Strauss** - este caracteristic numai pentru cazurile de debilitate mintală exogenă.

Principalele sale trăsături sunt următoarele:

- ✓ tendință generală spre perseverare;
- ✓ dificultăți în perceperea figură - fond;
- ✓ fixarea pe elemente neesențiale, uneori absurde, într-o activitate de comparare;
- ✓ accentuată incapacitate de autocontrol;
- ✓ instabilitatea comportamentelor, pe fondul unei labilități a dispoziției, conduite anxioase și agresive.

Ulterior, E.A. Doll completează acest tablou, evidențiind și alte insuficiențe ale debilului mintal:

- în domeniul percepției vizuale și auditive;
- în domeniul simțului ritmului, al lateralizării și al limbajului;
- în domeniul învățării și al adaptării la situații noi;
- «sub-normalitate a competenței sociale», ca o consecință a tuturor insuficiențelor enumerate.

Alți autori cunoscuți, printre care *M.S. Pevzner (1959)*, *A. Rey (1963)*, *S.I. Rubinștein (1970)* ș.a., recurg la descrierea principalelor caracteristici ale celor trei niveluri tradiționale de gravitate ale stărilor de handicap mintal.

În «Dicționar Defectologic» (1970) este prezentată următoarea descriere, pe care o reproducem, păstrând terminologia utilizată de autori:

Idioția reprezintă o stare accentuată de nedezvoltare mintală și a întregii personalități, de dereglare a dezvoltării psihice și fizice, însoțită de tulburări endocrine, de malformații în structura scheletului și a craniului.

Motricitatea idioților este deficitară, îndeosebi sub aspectul capacității de coordonare a mișcărilor, mulți prezentând tulburări

ale mersului și stereotipii motrice, în ceea ce privește dezvoltarea vorbirii, de obicei, acești handicapați grav nu depășesc stadiul însușirii unor cuvinte izolate, pe care, de cele mai multe ori, le pronunță deformat. Nu înțeleg ambianța în care se găsesc și nu reacționează adecvat condițiilor concrete care-i înconjură. Nu reușesc să-și formeze nici deprinderile elementare de autoservire. Manifestă accentuate tulburări în comportament, pe fondul unei stări generale de apatie sau, dimpotrivă, a unei permanente agitații. Necesită o supraveghere și o îngrijire neîntreruptă, fiind dirijați, de obicei, spre instituții de asistență sau rămânând în îngrijirea permanentă a familiei.

Imbecilitatea reprezintă o stare de dereglare a dezvoltării fizice și psihice, mai puțin accentuată decât în cazurile de idioție, totuși suficient de evidentă. Imbecilii își însușesc unele elemente ale vorbirii, dar bagajul lor de cuvinte este limitat, iar pronunția -alterată. Deosebit de evidente sunt insuficiențele motricității fine, ceea ce influențează puternic asupra capacității lor de însușire a scrierii. Manifestă o accentuată nedevelopare a capacităților cognitive, îndeosebi a proceselor analitico-sintetice, ceea ce determină dificultăți importante în activitatea de formare chiar și a celor mai elementare deprinderi de citit și socotit. Comportamentul lor este pueril, inadaptat, chiar și cerințelor simple ale activității

școlare, în condițiile unei asistențe și educații speciale permanente, ei reușesc, totuși, să-și formeze deprinderi elementare de autoservire, de comportament și de muncă simplă. Nu reușesc să atingă un suficient grad de orientare și de adaptare la cerințele mediului înconjurător, rămânând într-o permanentă stare de dependență.

De obicei, sunt orientați spre instituții de asistență socială și de educație elementară, unde li se formează deprinderi simple de muncă în condiții protejate.

Debilitatea mintală reprezintă, la rândul său, o stare de insuficientă dezvoltare mintală și fizică, mai puțin accentuată însă decât în cazurile de imbecilitate. Debilii mintal își însușesc vorbirea, iar tulburările lor motrice pot fi corectate într-o asemenea măsură care să le permită pregătirea pentru o activitate practică simplă. Cu toată diminuarea capacităților intelectuale, debilii mintal sunt capabili să-și însușească deprinderile elementare de citit, scris și socotit, să facă față cerințelor ce rezultă din programele de învățământ ale școlii speciale. Comportamentul lor poate fi mai ușor educat, ei reușind să se orienteze, mulțumitor, în situații simple, să se supună regulilor de conduită în școala specială, să execute diferite sarcini elementare în activitatea instructiv-educativă. Pot fi pregătiți pentru anumite

munci simple, cei mai mulți dintre ei reușind, ulterior, să se integreze, cu rezultate acceptabile, în colectivități obișnuite.

În literatura de specialitate, acest mod de a descrie caracteristicile deficienței mintale, pe niveluri de gravitate, mai este numit și «**Sindromul oligofrenic**» sau «**Sindromul Luria-Pevzner**».

1.4. Structura personalității debilului mintal

a. Subsistemul cognitiv

Percepția debililor mintal este lipsită de precizie, nediferențiată, lacunară și cu frecvente tulburări.

Sensibilitatea (calitatea imaginii primare depinde de această caracteristică a percepției) este reflectată prin pragurile absolute și pragurile diferențiale.

La debilul mintal pragurile sunt ridicate, ceea ce înseamnă că au o sensibilitate scăzută.

În percepția debilului mintal observăm un volum redus al elementelor percepute care se asociază și cu caracterul slab diferențiat al imaginii percepute.

Debilul mintal confundă lucrurile asemănătoare, confundă și „văd” mai puține nuanțe de culori.

N.O. Connor și G. Hermelin apreciază că dificultățile de discriminare a formelor complexe de recunoaștere a similitudinilor,

de diferențiere, constituie mai puțin o lacună de discriminare perceptivă și mai mult o inaptitudine a funcțiilor de judecată, de formulare verbală. În consecință, autorii consideră gradul de gravitate, uneori până la absența totală, cu frecvente tulburări la formele de deficiență mintală, cele mai frecvente fiind minciuna și confabulația.

Dificultățile de imaginație sunt puternic legate de insuficiența gândirii, ale bagajului senzorial – perceptiv - reprezentativ, precum și ale activităților practice. Debilul mintal se caracterizează printr-o incapacitate de previziune, de creativitate, de lipsă de inițiativă și de originalitate pozitivă. Pseudoimaginația are loc sub forma unor manifestări de pseudocreativitate bazate pe mecanismele pseudocompensatorii. Acest fenomen de pseudocompensare și pseudocreativitate se manifestă adesea în comportamentul cotidian sub forma unor modele negative de conduită.

Constantin Păunescu, analizând atenția ca pe un rezultat al organizării neuro-cognitive bazat pe metodele neuro-cibernetice și pe teoria informației, ajunge la constatarea că procesul de organizare operațională a atenției se caracterizează prin două trăsături esențiale: prima referitoare la capacitatea sistemului de filtrare a mesajelor și a doua, starea afectogenă, motivațională.

La debilul mintal, capacitatea sistemului este alterată fundamental prin structura morfo-funcțională și printr-o organizare aleatorie, întrucât există o puternică influență afectogenă în orientarea setului operațional.

Debilul mintal se caracterizează printr-o atenție lipsită de tenacitate, în genere instabilă, instabilitatea afectându-i întreaga stare de vigilență. La debilul mintal cele mai afectate caracteristici ale atenției sunt selectivitatea și concentrarea.

Cel mai bun factor terapeutic în cadrul atenției debilului mintal este trezirea curiozității și a atenției involuntare, care nu consumă multă energie și nu duce la apariția oboselii.

Memoria debilului mintal se caracterizează prin capacitate de reținere relativ bună, bazată însă pe o memorizare mecanică. O caracteristică evidentă este penuria continuativă a informațiilor reținute de către deficienții mintal în comparație cu normalii.

O altă particularitate a memoriei la deficienții mintal este slaba fidelitate, lipsa de precizie în procesul de evocare, omiterea detaliilor.

Mariana Roșca (1979) explică acest fenomen prin „insuficienta exercitare a funcției de reglare de către cuvintele-noțiuni incluse în sarcina de memorie”.

O învățare neeficientă cu carențe în domeniul mnezicului este „roasă” pe dinăuntru de o uitare excesivă, rapidă și masivă în cazul debilului mintal. Acest tip de uitare nu este util, el creează un vid de informații. Subliniem faptul că insuficiențele mnezice accentuează insuficiențele intelectuale, randamentul lui în învățare.

Caracteristicile marcante ale gândirii debilului mintal sunt:

gândire concretă, situativă, bazată pe clișee verbale, pe limitarea mecanică a acțiunilor și limbajului celor din jur;

lacune majore în achiziția conceptelor abstracte și o slabă capacitate de discernământ;

„dezordini intelectuale” (J. de Ajuriaguerra);

incapabili să ajungă la conexiuni (sau le percep greșit);

incapabil să sintetizeze și să structureze formele și structurile parțiale în ansambluri;

raționamente incomplete, plecând de la date parțiale, subiective, fără semnificație.

Gândirea debilului mintal este îngust concretă, incapabilă de a se desprinde de particular, de întâmplător și de concret. „Concretismul gândirii” debilului mintal este o formă de rigiditate a acesteia.

S.I. Rubinstein analizează trei caracteristici de bază ale gândirii debilului mintal:

1) concretismul gândirii

2) lipsa de coerență a gândirii

3) caracterul necritic al raționamentului

Toate caracteristicile gândirii debilului mintal influențează formarea imaginii lui de sine, prin faptul că el nu diferențiază suficient calitățile proprii, are o lipsă vizibilă de coerență în exprimarea verbală și când vorbește despre sine dar și despre alții.

Debilul mintal se raportează insuficient la realitatea pe care o reflectă și se raportează insuficient chiar și la propria persoană. De aceea, și imaginea de sine ne va apare la debilul mintal incoerentă, neconcordanță cu realitatea, necritică. El nu-și analizează propriul comportament și de aceea nici imaginea de sine nu va fi bine elaborată.

b. Subsistemul comunicational

Apariția și dezvoltarea, cu întârziere, a limbajului, precum și dificultățile mai mult sau mai puțin accentuate în procesul comunicării verbale, reprezintă fenomene caracteristice pentru marea majoritate a deficiențelor mintal, cele mai multe dintre definițiile sau descrierile acestei deficiențe făcând referiri exprese la fenomenele de întârziere și afectare ale limbajului.

Reamintim, spre exemplu, cunoscuta afirmație pe care o făceau, încă la începutul secolului al XX-lea, A. Binet și Th. Simon (1908), după care «idiotul» (deficientul mintal profund) nu poate comunica

prin limbaj verbal, în timp ce «imbecilul» (deficientul sever) comunică la nivel elementar prin vorbire orală, dar este incapabil să comunice prin limbaj scris.

Reluând, mai târziu, această idee și prezentând-o în perspectiva piagetiană, B. Inhelder (1963) considera că, deoarece nu depășește, nici la maturitate, nivelul senzorio-motor al inteligenței, «idiotul» nu poate comunica cu cei din jurul său prin limbaj oral, pe când «imbecilul» reușește comunicarea orală elementară, nu însă și comunicarea prin scris.

La rândul său, J.B. Carrol (1979) arăta că întârzierea în dezvoltarea limbajului la deficienții mintal este direct proporțională cu gravitatea deficitului intelectual și se manifestă de timpuriu. Invocând rezultatele unor investigații în care au fost cuprinși copii cu debilitate mintală, autorul menționează apariția la aceștia a gânguritului abia în jurul vârstei de 20 de luni (față de numai 4 luni, în mod obișnuit), a primelor cuvinte în jurul vârstei de 34 de luni (față de 12 luni la copilul normal), iar folosirea primelor propoziții legate, în jurul vârstei de 89 de luni, deci la 7 ani și jumătate (față de numai 20 de luni în mod obișnuit).

Întârzierile în dezvoltarea limbajului, la deficienții mintal, se vor manifesta, desigur, și mai evident la nivelul vârstei școlare, dacă între timp nu va fi fost inițiat un program adecvat de terapie

logopedică. De asemenea, aceste întârzieri vor fi însoțite și de altele, cum sunt întârzierile în dezvoltarea psihomotorie, în dezvoltarea capacității de orientare etc. Dar faptul că, printre celelalte fenomene de întârziere ale copiilor cu deficiență mintală, sunt amintite mai ales întârzierile în dezvoltarea limbajului își găsește explicația «în legătura indisolubilă dintre vorbire, ca mijloc de comunicare ușor accesibil observației nemijlocite a cercetătorilor, și celelalte procese psihice, în primul rând procesele gândirii, ale căror calități și defecte le exteriorizează».

În literatura psihopedagogică se subliniază, însă, și fenomenul invers, adică cel normal, când, în procesul dezvoltării marii majorități a copiilor obișnuiți nu se constată întârzieri semnificative. De exemplu, G. Heuyer (1961) consideră că un copil care începe să meargă la un an și pronunță primele cuvinte tot cam la aceeași vârstă, iar pe la 18 luni începe să lege propoziții, va fi, fără îndoială - dacă un accident nu va interveni pe parcurs - un copil cu dezvoltare mintală normală.

La deficientul mintal fazele procesului de învățare a limbii debutează cu 2-5 ani mai târziu decât la normal. Dezvoltarea acestor microprocesse ale învățării limbii are loc fără suportul ideativ.

Deficientul de intelect prezintă mari dificultăți în reprezentarea realității prin simboluri și semnificații, deci, în geneza simbolurilor

și semnificațiilor, în înțelegerea acestora și în operarea cu acestea. Procesul de conceptualizare la deficientul mintal este într-o măsură foarte mare neorganizat și diminuat.

Limbajul copilului deficient mintal nu este operațional în plan formal logic și nu devine niciodată operațional pentru că, cuantumul de simbolizare este sub limita procesului de reflectare. Procesul de reflectare care se transmite în cadrul dialogului, al cunoașterii, al învățării, în cadrul comunicării, deci prin simboluri, este adecvat realității numai dacă el îndeplinește aceleași condiții ca și comunicarea prin limbaj.

În plus deficientul mintal prezintă multiple tulburări de limbaj: dislalii polimorfe, dizartrie, dislexo – disgrafie, retard de limbaj ș.a.

c. Subsistemul afectiv-motivațional

R. Zigler formulează o așa numită ipoteză motivațională prin care încearcă să argumenteze diferențele existente între motivația deficienților mintal și a normalilor de aceeași vârstă cronologică. Ținând seama că la atingerea unei performanțe într-un domeniu sau altul sunt implicați factori cognitivi, afectivi și motivaționali, se pun întrebarea de ce debilizii mintal și normalii, având același nivel mintal, nu ating același nivel de performanță.

Zigler a ajuns la concluzia că deficienții adoptă ca rezultat al trăirii unor eșecuri repetate în rezolvarea problemelor un anumit stil cognitiv, direcționat spre exterior, concentrându-se asupra indicilor externi oferți fie de stimulii problemei, fie de alte persoane, crezând că un astfel de stil le poate asigura un ghid în acțiuni.

Deficienții mintal procedează în acest mod deoarece propriile strategii, elaborate pentru rezolvarea problemelor, se soldează de cele mai multe ori cu eșecuri. În majoritatea cazurilor, debilizii mintal prezintă o motivație cu precădere internă, mai ales la vârsta școlară, când se structurează interesul cognitiv pentru anumite discipline de învățământ.

În literatura de specialitate se întâlnește termenul de arierație afectivă, concepută fie ca o fixație la un stadiu anterior de evoluție, fie ca o regresie sub influența factorilor patogeni. V. Pavelcu găsește că avem de-a face pe lângă debilitatea mintală și cu o „debilitate afectivă”.

Dezordinile de organizare a personalității deficientului mintal determină forme diferite de comportament afectiv în raport cu normalul, structurile afective sunt modificate, fapt ce creează dificultăți în stabilirea categoriilor de manifestări afective și în educabilitatea acestuia.

Tabloul simptomatologic al comportamentului afectiv la deficientul mintal se poate sintetiza în câteva trăsături esențiale:

a) Imaturitate afectivă: fixarea exagerată pe figurile parentale, nevoia de protecție, lipsa de autonomie, egoism, sugestibilitate, tendințe agresive, rigide, minciună, hoție, delincvență.

b) Organizarea întârziată a formelor de comportament afectiv, ca urmare a faptului că afectivitatea este intricată structurilor personalității, este în funcție de evoluția acesteia.

c) Intensitatea exagerată a cauzelor afective primare: agitație motorie, țipete, automutilare, mânie, furie, teamă, mai ales în formele grave ale deficienței mintale.

d) Infantilism afectiv: persistența unui comportament care marchează o oprire în procesul de dezvoltare normală către o autonomie afectivă: timiditate, stângăcie, capricii alimentare, fuga de responsabilitate.

e) Insuficiența controlului emoțional: aceste tulburări de control riscă să fie un mare handicap asupra planului de organizare; se manifestă sub forma impulsurilor hetero-agresive sau dezordini cu reacții de prestanță.

f) Inversiunea afectivă: reacții paradoxale ca ura față de părinți

g) Carență relațional-afectivă: sugestibilitate, sentiment de devalorizare, absența sentimentului de identitate, deficiențe relaționale, insatisfacție afectivă.

La nivelul debilității mintale, afectivitatea se caracterizează prin mare labilitate, irascibilitate, explozii afective, lipsă de control cortical. În stările conflictuale reacționează diferit, fie prin opoziție exprimată prin descărcări afective violente, fie prin demisie sau dezinteres, fie prin inhibiție, negativism, încăpățănare. Deficientul de autonomie este marcat, fiind evidentă nevoia de dependență, protecție. De asemenea, situația de blocaj afectiv este prezentă ca urmare a unei frustrări afective de ordin familial sau școlar care conduce la diminuarea, incapacitatea sau pierderea dinamismului de a reacționa la stimulii care, în mod normal, trebuie să declanșeze acțiunea.

Nivelul de aspirație al debilului mintal în direcția activității intelectuale este din ce în ce mai coborât.

Pe măsură ce stimularea și recompensarea sunt de ordin axiologic, competitiv-social, mobilizarea fluxului motivațional este mai puternică și nivelul de aspirație mai ridicat.

Specific pentru deficientul mintal este că el nu știe ce vrea și noi (terapeuți și educatori) îi direcționăm spre un nivel de aspirații.

Nevoia de dirijare permanentă din exterior, nevoia de exercițiu permanent care să-i formeze reacții de comportament pozitiv și să i le inhibe pe cele negative se impune în educația debilului mintal.

Comportamentul voluntar depinde și de imaginea de sine a individului, de eul acestuia, de felul în care-și apreciază capacitățile și de nivelul său de aspirație.

1. 5. Particularitățile dinamicii dezvoltării corticale și psihice deficientului mintal (după Gh. Radu, 1999)

Aspectele legate de specificul personalității la copilul cu deficiență mintală ușoară a făcut obiectul unor cercetări, efectuate asupra proceselor psihice, cu precădere asupra celor cognitive, a activității de învățare și specificului activității nervoase superioare. Astfel, s-au surprins aspectele comune și generale ale personalității tuturor handicapărilor mintal.

Principalele trăsături de specificitate descrise în literatura de specialitate sunt următoarele:

- ✓ Rigiditatea
- ✓ Inerția patologică
- ✓ Heterocronia

- ✓ Specificul motivației
- ✓ Vâscozitatea genetică
- ✓ Fragilitatea construcției personalității
- ✓ Fragilitatea și labilitatea conduitei verbale

□ „Vâscozitatea genetică” sau patologică

Termenul de „vâscozitate genetică” a fost introdus în limbajul de specialitate de B. Inhelder, fiind reluat ulterior și de alți autori.

Vâscozitatea genetică reprezintă acea deosebire calitativă dintre dinamica dezvoltării intelectuale a copilului debil mintal și cea a copilului normal.

Pornind de la psihologia piagetiană, Barbel Inhelder studiază procesul dezvoltării la debilul mintal și arată că în timp ce la copilul normal dezvoltarea se caracterizează prin fluentă, dinamism susținut în procesul de maturizare intelectuală, la debilul mintal dezvoltarea este anevoioasă și neterminată.

Dacă la normal, mai devreme sau mai târziu, construcția mintală se desăvârșește atingând stadiul operațiilor formale, la debilul mintal această construcție stagnează în zona operațiilor concrete.

Barbel Inhelder demonstrează că debilul regresează adesea de pe poziția stadiului atins la un moment dat, alunecând către reacții specifice stadiilor anterioare. Acest fenomen este ușor de observat în activitatea școlară când elevul lasă impresia unei „fugi de efort” în fața solicitărilor mai intense. Acest fenomen nu poate fi considerat o eschivare intenționată ci mai degrabă este vorba despre un „reflex de apărare” al acestor copii în fața solicitărilor. Sunt frecvente cazurile în care elevii debili mintal care și-au însușit procedee de calcul mintal și le pot folosi, puși în fața sarcinii de a rezolva operații aritmetice, apelează la procedee bazate pe material concret.

Ilustrând traseul dezvoltării mintale, prin prisma teoriilor piagetiene și a lucrărilor lui B. Inhelder și L. Not, Gh. Radu (1999) rezumă astfel asemănările și deosebirile care există între debilul mintal și copilul normal sub aspectul parcurgerii stadiilor dezvoltării inteligenței:

→ atât copilul normal, cât și cel debil mintal parcurg în general cam același traseu al dezvoltării intelectuale pornind de la stadiul inteligenței senzorio-motorii, ei se îndreaptă, în ritmuri diferite însă, spre stadiile inteligenței operatorii.

→ în timp ce în jurul vârstei de 14 ani copilul normal atinge stadiul operațiilor formale, dobândind toate atributele gândirii reversibile și ale invarianței noțiunilor, debilul mintal stagnează în dezvoltarea sa intelectuală, rămânând undeva la nivelul treptelor intermediare operațional concrete. În cazurile ușoare el se apropie mai mult de pragul superior al stadiului operațional-concret, în timp ce în cazurile moderate abia depășește pragul inferior al acestui stadiu, menținându-se o perioadă mai îndelungată la nivelul unei mentalități egocentrice și al gândirii lipsite de atributele reversibilității, specifice stadiului preoperator al dezvoltării intelectuale.

→ procesul de conservare sau invarianță a noțiunilor, care la copilul normal se conturează în jurul vârstei de 10-11 ani, la debilul

mental prezintă accentuate întârzieri, adesea rămânând neterminat. La debilul mental cele mai puțin conturate vor rămâne noțiunile bazate pe reprezentări spațiale: lungimi, suprafețe, volume.

L. Not subliniază că debilul mental este totuși capabil să procedeze logic și să raționeze independent. Acest lucru se petrece însă mai târziu decât la copilul normal, iar raționamentul operațional nu poate să se exercite decât asupra elementelor percepute în momentul dat sau asupra unor reprezentări concrete formate anterior. Inaccesibil debilului mental ajuns în etapa finală a dezvoltării sale intelectuale rămâne raționamentul bazat pe operații logice formale, cu noțiuni abstracte, aceasta fiind una dintre trăsăturile diferențiatore ale adolescentului debil în raport cu normalul.

□ Caracterul limitat al zonei proximei dezvoltări

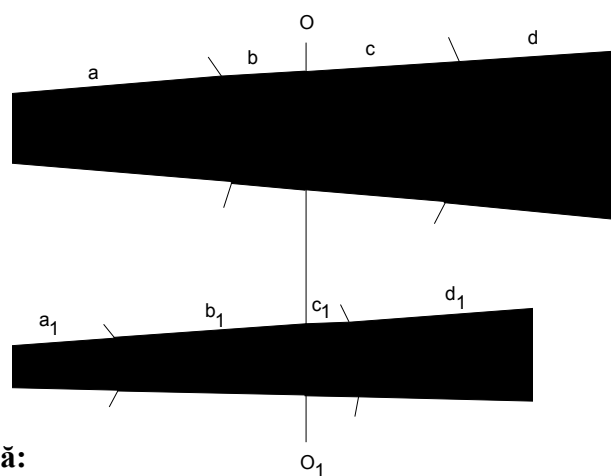
În condițiile unei activități de grup sau cu ajutorul adultului, orice copil este capabil să rezolve o serie de sarcini, inclusiv sarcini cognitive pe care la momentul respectiv nu le poate rezolva independent.

Diferența între nivelul rezolvării unei sarcini, accesibile în condițiile sprijinirii de către adult și nivelul rezolvării aceleiași sarcini prin activitate independentă, definește în concepția lui L.S.

Vágotski zona proximei dezvoltări a copilului sau perspectivele dezvoltării sale în etapa imediat următoare. Același autor consideră că deficientul mintal se caracterizează printr-o limitare, o zonă a proximei dezvoltări restrânsă, cu atât mai restrânsă cu cât deficitul intelectual este mai grav. Deficientul mintal se caracterizează în același timp atât prin capacitatea limitată de a se desprinde de etapele anterioare ale dezvoltării și de reacțiile proprii acestor etape, cât și prin incapacitatea sa de a face pași fermi, în ritm susținut, spre zona proximei dezvoltări.

În timp ce copilul normal se caracterizează prin temeinicia achizițiilor realizate în etapa dată a dezvoltării, prin oscilații neînsemnate înapoi spre etapele trecute și prin caracterul larg al proximei dezvoltări, handicapul mintal se caracterizează prin fragilitatea achizițiilor realizate în etapele anterioare, chiar și în condiții favorabile, prin mai ample alunecări înapoi spre reacții și comportamente proprii stadiilor anterioare și prin caracterul limitat al perspectivelor dezvoltării în etapa imediat următoare.

Figura 3. Schema zonelor „dezvoltării mintale” în lumina teoriilor psihologice ale lui L.S. Vîgotschi și B. Inhelder - după Gh. Radu (1999)



Legendă:

- a-a₁ : zona consolidată a dezvoltării mintale
- b-b₁ : zona achizițiilor instabile sau a posibilului regres
- o-o₁ : momentul dat al dezvoltării
- c-c₁ : zona proximei dezvoltări
- d-d₁ : zona dezvoltării în perspectivă

Ceea ce Barbel Inhelder numește vâscozitate genetică o putem numi „zona posibilului regres”. Atât Inhelder cât și Vágotski s-au referit la unul și același fenomen, adică dezvoltarea încetinită și neterminată a handicapatului mintal. Numai că, în timp ce B. Inhelder a abordat fenomenul privind în direcția etapelor deja

parcurs în procesul dezvoltării, Vágotski a făcut același lucru privind însă spre etapele viitoare ale dezvoltării.

Vâscozitatea genetică și caracterul restrâns al zonei proximei dezvoltări în sensul desprinderii dificile de reacțiile specifice stadiilor anterioare și al înaintării lente și nesigure spre stadiile următoare ale dezvoltării mintale reprezintă trăsături esențiale ale dinamicii dezvoltării la deficientul mintal. Vâscozitatea genetică și caracterul limitat al zonei proximei dezvoltări pot fi considerate o expresie calitativă a fenomenului de întârziere pe care procedeele psihometrice clasice le pun în evidență la debilul mintal mai ales sub aspect calitativ.

□ Heterocronia patologică a dezvoltării

Evidențierea întârzierii globale la copiii handicapați mintal se realizează de obicei cu ajutorul unor instrumente obișnuite de psihodiagnoză, îndeosebi al unor teste de inteligență generală comparându-se rezultatele obținute de acești copii cu performanțele medii ale copiilor normali de aceeași vârstă cronologică. Atunci când dorim evidențierea analitică a întârzierilor în dezvoltarea diferitelor elemente componente ale profilului psihologic, se reduce la comparație între eșantioane constituite după criteriul vârstei mintale calculându-se coeficienți de dezvoltare pentru fiecare

parametru studiat. Pe această bază, René Zăzzo și colaboratorii săi explică fenomenul *heterocroniei patologice*. Acest fenomen explică mecanismele dizarmoniei dezvoltării deficientului mintal.

În prima fază, în cadrul cercetărilor realizate de R. Zăzzo și colaboratorii săi, au fost analizate rezultatele obținute la o serie de teste aplicate pe un eșantion de copii cu debilitate mintală, nediferențiat etiologic, și a fost construită o psihogramă globală, comparația fiind realizată prin raportare la etalon cu performanțele medii ale copilului normal de aceeași vârstă mintală. Debilul mintal comparat cu copilul normal evoluează într-un ritm diferit, în diferite sectoare ale dezvoltării psihologice. Acest fenomen este numit de R. Zăzzo (59) heterocronie fundamentală. Este vorba de un ritm diferit „între creșterea fizică și creșterea mintală, între dezvoltarea somatică și dezvoltarea cerebrală”.

Ritmurile heterocronice de dezvoltare a debilului mintal nu explică în totalitate specificitatea profilului său psihologic dizarmonic.

Specificitatea acestui profil se accentuează dobândind o tentă individuală evidentă pe fondul celui „deficit de organizare intelectuală” care se conturează prin insuficiența integrării între viteză și precizie în procesul rezolvării diferitelor sarcini.

Pentru a sublinia importanța pe care R. Zăzzo o atribuie „deficitului de organizare intelectuală” în caracterizarea specificității debilităților mintale, putem vorbi despre convergența existentă între acest deficit și celelalte două caracteristici fundamentale ale deficientului mintal: vâscozitatea genetică și inerția oligofrenică. Din această convergență rezultă acea trăsătură fundamentală și globală a debilului mintal: „fragilitatea personalității” care se manifestă pregnant în procesul general al adaptării sale, în conduita verbală, în comportamentul cotidian (E. Verza). Interpretarea noțiunii de heterocronie ca manifestare a dizarmoniei în diferite planuri ale dezvoltării, ca expresie a interacțiunii dintre parametrii cantitativi și cei calitativi în definirea debilității mintale, are o serie de implicații teoretice și practice.

După cum arată R. Zăzzo (65) se modifică însăși viziunea asupra coeficientului intelectual, ce nu mai apare ca o simplă diferență metrică, un simplu raport între vârsta mintală și vârsta cronologică. În perspectivă heterocronică *„această diferență devine tensiunea unui sistem de echilibru special, a unei structuri originale, cauza a tot ceea ce poate distinge debilul mintal în raport cu copilul normal”*.

Iar raportul vârstă mintală / vârstă cronologică devine raport direct între ritmul dezvoltării unui individ și cel al grupei de vârstă corespunzătoare.

□ Inerția oligofrenică, ca dereglare a dinamicii corticale a deficientului mintal

Vâscozitatea genetică și perspectivele limitate de progres sunt manifestări ale lipsei de dinamism ce se poate observa în procesul parcurgerii principalelor stadii ale dezvoltării mintale a debilului mintal. O altă manifestare a lipsei de dinamism, dar raportată la reacțiile psihice ale debilului mintal în momentul dat al dezvoltării, o constituie *rigiditatea reacțiilor* ca o consecință directă a dereglării raporturilor de echilibru, forță, mobilitate dintre cele două procese nervoase fundamentale: excitația și inhibiția.

Fenomenul acesta a fost numit de A. R. Luria, M.S. Pevzner și V.I. Lubovski **inerție oligofrenică sau patologică**. Aceasta are consecințe negative mai ales în adaptarea la condiții ambientale noi.

Paul Popescu Neveanu (30) afirmă că „un grad de inerție este absolut necesar în activitățile psihice normale, fără ea neputându-se concepe reflexogeneza, memoria, deprinderile”. Este cunoscut că nu orice inerție reprezintă un simptom al debilității mintale.

În viața cotidiană sunt numeroase cazuri când persoane normale, dar având preocupări intense într-o anumită direcție sau găsindu-se sub influența anumitor emoții puternice generatoare ale unor inducții negative în scoarța cerebrală, reacționează inadecvat condițiilor concrete înconjurătoare, manifestând stereotipii în comportament, perseverări, etc. Mai mult chiar, un anumit grad de inerție este absolut necesar în cadrul funcționării normale a psihicului uman.

Spre deosebire de această inerție corticală normală, inerția oligofrenică este un fenomen patologic, ce se caracterizează printr-o puternică rigiditate a reacțiilor psihice cu consecințe grave pentru procesul de adaptare la condițiile variate ale mediului înconjurător.

Manifestarea inerției la debilul mintal nu se limitează însă numai la atât. Ca fenomen mai larg de dereglare a proceselor nervoase fundamentale, opus mobilității normale a acestora, inerția patologică se manifestă frecvent și prin reacții precipitate, insuficient supuse controlului conștient, care-și găsesc explicația în procesul de stagnare peste limitele normale a unor focare de excitație în scoarța cerebrală.

Copilul normal se caracterizează, din punct de vedere al activității nervoase superioare, prin forță, mobilitate și echilibru al

excitației și inhibiției. Toate aceste aspecte sunt dereglate la debilul mintal astfel:

scăderea forței proceselor nervoase fundamentale, mai ales a inhibiției, determină dificultăți de realizare a diferențierilor;

tulburarea mobilității proceselor nervoase determină inerția legăturilor condiționate mai vechi. Ea îngreunează elaborarea legăturilor noi, complexe, și este unul din factorii care determină dificultăți în învățare;

iradierea largă, patologică a proceselor nervoase, insuficienta delimitare reciprocă a acestora, stau la baza unei generalizări mult prea largi a stimulilor. Aceasta tulbură desfășurarea normală a formării noțiunilor la deficientul mintal;

tulburarea intercondiționării normale între primul și al doilea sistem de semnalizare, limbajul pierzându-și rolul reglator al activității primului sistem de semnalizare.

V.I. Lubovski se referă la următoarele aspecte:

inerția patologică la deficientul mintal se manifestă printr-o accentuată instabilitate a noilor legături temporare îngustate permanent de legăturile mai vechi, inerte. Legăturile condiționate simple, la oligofreni, se formează la fel de ușor ca și la normali. La fel de ușor se realizează și diferențierile simple. Dificultăți mari apar când deficientul este supus unui proces de elaborare a unui

sistem de legături temporare și factorul ce trebuie să fie semnal condiționat trebuie delimitat din acest sistem.

În reacțiile lor, deficienții mintal „alunecă frecvent spre sistemele elaborate anterior, cele mai puțin stabile fiind reacțiile formate prin întărire verbală”.

Această caracteristică se află în strânsă legătură cu una din trăsăturile specifice ale activității lor cognitive și anume acomodarea anevoioasă a bagajului cognitiv la fluxul permanent de informație.

Imaginea alunecării spre reacții deprinse anterior ca expresie a inerției patologice se apropie mult de imaginea „alunecării”, după Inhelder, spre reacții proprii etapelor depășite ale ontogenezei, ca expresie a vâscozității genetice.

inerția patologică și vâscozitatea genetică reprezintă manifestări în planuri diferite ale aceluiași fenomen rigiditatea proceselor corticale cu efecte asupra dinamicii dezvoltării și a dinamicii reacțiilor comportamentale și adaptative.

La deficientul mintal se constată o serie de particularități și în ceea ce privește forța proceselor nervoase superioare, cât și echilibrul dintre aceste procese. Pornind de la ansamblul caracteristicilor proceselor corticale (mobilitate, forță, echilibru), Pevzner distinge două subcategorii principale de deficienți mintal:

1. deficienți mintal la care, pe fondul dominării proceselor inhibitorii, se observă o inerție accentuată, o stare generală de apatie, o lentoare în percepție, o lipsă de interes și de inițiativă în activitate (oligofreni torpizi)

2. deficienți mintal la care, pe fondul perseverării inerte a procesului de excitație, se observă o stare generală de nestăpânire, precipitare în reacții, antrenare impulsivă în activitate (oligofreni excitabili).

Rubinstein adaugă o a 3-a subcategorie:

deficienții mintal la care, pe fondul unei puternice inhibiții de protecție aflată în strânsă legătură cu o stare accentuată de fatigabilitate corticală, se dovedesc incapabili de a se antrena la activități de lungă durată și sunt foarte puțin productivi în raport cu propriile posibilități intelectuale aparent mai bine păstrate.

Într-o sinteză a particularităților activității nervoase superioare la deficitul mintal pot fi enumerate ca principale următoarele aspecte: insuficiența proceselor de excitație și inhibiție, inerția lor, apariția frecventă a manifestărilor inhibiției de protecție și insuficiența dezvoltare a celui de-al II-lea sistem de semnalizare. Ca urmare, o trăsătură importantă de specificitate a deficientului mintal este dereglarea dinamicii corticale.

□ Rigiditatea (reacțiilor comportamentale)

Pentru prima dată a fost descrisă de J. S. Kouninn, care o definea ca pe o trăsătură esențială a deficientului mintal și completată apoi de cercetările lui H. Werner. Kouninn considera că gradul de rigiditate se referă la raportul funcțional dintre structurile psihologice ale individului „cu cât granița dintre regiuni este mai rigidă, cu atât regiunea va influența mai puțin teoriile învecinate”.

Consecințele practice ale fenomenului rigidității determină în comportamentul debilului mintal două categorii de răspunsuri analizate de Werner:

A) răspunsuri nediferențiate la stimuli

B) răspunsuri stereotipe și inadecvate situațiilor.

Rigiditatea reacțiilor se manifestă, în principal, la handicapatul mintal în sfera psihomotricității și a limbajului, dar este, în principal, o trăsătură a activității nervoase superioare.

□ Fragilitatea și labilitatea conduitei verbale

A fost descrisă de E. Verza (1995) în funcție de criteriile de performanță și competență ale comunicării (în accepțiunea lui Chomsky) la handicapatul mintal. Conduita verbală a fost caracterizată de autor prin „*neputința handicapatului de a exprima logico-gramatical, conținutul situațiilor semnificative de a se*

menține la nivelul unui progres continuu și de a-și adapta conduita verbală la schimbările în diverse împrejurări”.

Trăsătura descrisă se manifestă pe fondul unei nede dezvoltări a limbajului față de normal, specifică, în special, deficiențelor mintal de vârstă mică.

□ Fragilitatea construcției personalității deficientului mintal

A fost analizată de F. Rau, care a studiat relația acesteia cu mediul social complex, care-i depășește posibilitatea de adaptare. Personalitatea handicapatului mintal se caracterizează printr-un comportament specific, explicabil prin existența unor trăsături caracteristice, simultane, dintre care cele mai importante sunt fragilitatea și infantilismul.

Fragilitatea este în detaliu analizată sub aspectul tipologiei sale de autori, diferențiindu-se două categorii:

- A) disociată – caracterizat prin duritate, impulsivitatea greu de controlat, credulitate și neîncredere
- B) mascată - prezentă la debilul plasat într-un mediu securizat, care reușește să disimuleze fragilitatea, dar la care reintrarea în societate poate produce ruperea echilibrului realizat.

În concluzie, putem afirma că, din analiza principalelor trăsături de specificitate la handicapații mintal rezultă că, la aceștia se organizează structuri de personalitate cu însușiri diferite față de normal. Acestea își pun amprenta asupra sistemului personalității dizarmonice, plină de dezechilibre și contrarietăți, caracteristică acestei categorii de subiecți.

2. DEFICIENȚA DE VEDERE

(după M. Ștefan, 2000 și Anca Rozorea 1997)

2.1. Delimitări conceptuale

Psihopedagogia deficienților vizuali, ca disciplină științifică, studiază problemele cunoașterii psihologice și îndrumării din punct de vedere educativ a nevăzătorilor și slabvăzătorilor, precum și procesul de recuperare socială a acestora.

Într-un mod similar concep obiectul de studiu și alți autori, cu deosebirea că dau un anumit nume domeniului : Tiflopsihopedagogie (etiologia (greacă) : tiflos- *orb*, logos- *știință*); care poate fi împărțit în 2 ramuri : tiflopsihologie și tiflopedagogie.

2.2. Etiologia deficiențelor de vedere

Cunoașterea cauzelor deficiențelor de vedere este importantă pentru personalul care lucrează cu acești copii în școli pentru a armoniza intervenția psihopedagogică cu specificul fiecărui copil, cu dificultățile pe care le întâmpină, cu potențialul pozitiv și mecanismele compensatorii ale fiecăruia. În același timp decelarea cauzelor sprijină în evitarea, prevenirea factorilor care pot conduce la pierderi ale vederii, ca și în combaterea prin activități educativ – recuperatorii a acțiunii nocive a unor asemenea factori.

Mircea Ștefan, (2000) descrie complexitatea cauzelor determinante pe trei niveluri :

- Relația cauzală dintre deficiența vizuală și diferite lezări sau disfuncții ale analizatorului vizual. Relația este relevată de diagnosticul medical, de afecțiunile analizatorului vizual care produc deficiența vizuală, afecțiuni prezentate detaliat în tratatele de oftalmologie. Evident că sunt mai importante acele aspecte medicale care intră în sfera de interes a psihopedagogu-lui.
- Analiza factorilor cauzali care determină afecțiunile analizatorului vizual în ordinea temporală a posibilității de acțiune : ereditari – genetici, prenatali, perinatali, postnatali.

- Factori extraindividuali – de natură ecologică, socială, economică, educațională.

Într-un fel sau altul, în majoritatea cazurilor de ambliopie și nu numai, apare drept cauză un deficit organic și funcțional într-una sau mai multe formațiuni ale analizatorului. Alți factori cauzali care, la rândul lor, determină afecțiuni ale analizatorului vizual sunt factorii genetici, boli transmise de mamă fătului în timpul sarcinii, de boli contractate în timpul copilăriei precum și de diferite traumatisme care constituie cauze ale afecțiunilor oculare ale copiilor nevăzători și ambliopi.

Consecințe grave asupra funcției vizuale au foarte adesea afecțiunile vasculare și hemoragiile cerebrale, atrofiile cerebrale, traumatismele cranio-cerebrale. Toate acestea pot fi cauze ale ambliopiei și cecității. În fișele medicale ale elevilor unei școli de ambliopi sau nevăzători se găsesc mereu referiri la gripă, variolă, varicelă, rujeolă, scarlatină, tuse convulsivă, herpes sau alte boli infecțioase care pot explica afecțiuni ale corneei, congestia conjunctivitelor oculare, leziuni ale retinei.

2.3. Clasificarea deficiențelor de vedere

Clasificare în funcție de acuitatea vizuală:

- ambliopie ușoară (acuitate vizuală : 0,5 (1/2) – 0,2- 1/5)
- ambliopie medie (acuitate vizuală : 0,2 (1/5) – 0,1(1/10)
- ambliopie forte (gravă) : (acuitate vizuală- sub 0,1 (1/10)
- cecitate relativă (practică) – 0-0,005 (1/200) – percepe mișcările mainii și lumina
- cecitate absolută – nu percepe deloc lumina.

Clasificarea în funcție de modificarea indicilor funcționali ai vederii:

Principalii indici funcționali ai vederii sunt: acuitatea vizuală, câmpul vizual, sensibilitatea luminoasă și de contrast, sensibilitatea cromatică, simțul profunzimii, localizarea vizuală, capacitatea de disociere și rapiditatea actului perceptiv.

1. afecțiuni care determină scăderea acuității vizuale,
2. afecțiuni care determină scăderea câmpului vizual, de exemplu :
 - aparitia unor scotoame – porțiuni în care funcția vizuală nu este activă – de pildă pata oarbă, care corespunde papilei nervului optic,
 - hemianopsii – lipsa unui semi-câmp vizual la fiecare ochi

3. afecțiuni care determină alterarea câmpului vizual,
4. afecțiuni care determină tulburări ale vederii binoculare (de ex. strabismul)
5. afecțiuni care determină tulburări de adaptare la întuneric și lumină,
6. tulburări ale sensibilității cromatice (de ex. Discromatopsiile- lipsa senzației de verde sau roșu; - daltonismul – cecitate pentru roșu; - acromatopsiile – când nu poate distinge nici o culoare).

Ambliopia – (greacă = amblys- *slab* și ops - *vedere*)- reprezintă o diminuare a vederii cauzată de unele leziuni ale mediilor transparente ale globilor oculari, este o deficiență vizuală parțială. Ambliopia este produsă de lezarea, mai mult sau mai puțin gravă, a analizatorului vizual, rămân totuși adesea alte subfuncții în stare de funcționare.

2.4. Dezvoltarea psihică și fizică la deficienții de vedere din perspectiva mecanismelor compensatorii

În cazul deficienței vizuale, ca și a altor tipuri de deficiență, se manifestă anumite tipuri de mecanisme compensatorii, menite să suplinească, într-un fel sau altul, capacitatea funcțională pierdută

sau diminuată. O mare importanță o au, la deficienții vizuali, modalitățile senzoriale care suplinesc vederea sau trăsăturile de caracter care susțin realizarea unei autonomii personale.

Nevăzătorul poate obține pe cale tactil- kinestezică sau auditivă o mare bogăție de informații pe care cei cu vedere normală le obțin numai pe cale vizuală.

Pentru a fi înțeleasă ca un fenomen integral, compensația trebuie privită înainte de toate ca un mod de adaptare. În condițiile apariției unei deficiențe vizuale, problema adaptării, sau a readaptării, capătă o importanță sporită, fiind mobilizate disponibilități care altfel ar fi rămas neutilizate. Relațiile organismului cu mediul înconjurător trebuie refăcute în condițiile în care o funcție senzorială esențială este total sau parțial lezată. Se stabilesc noi corelații între analizatorii intacti, ale căror “informații” sunt confirmate de practică. În lipsa surselor vizuale, importanța lor crește. Ei devin capabili de diferențieri din ce în ce mai fine în limitele sensibilității lor. În cazul unei ambliopii reeducabile are loc un proces invers, de dezinhibare a zonelor vizuale și de restabilire a relațiilor lor intersenzoriale.

În primul rând modul de compensare este condiționat de deficiența primară, adică de natura, gradul, gravitatea și cauzele deficienței vizuale, de eventualele deficiențe asociate.

Altfel compensează un copil atins de cecitate totală și altfel un ambliop. Într-un fel compensează un miop și într-alt fel un hipermetrop. Îngustarea câmpului vizual este altfel compensată decât pierderea câmpului profunzimii. În felul cum se manifestă compensația contează și vârsta la care a apărut deficiența vizuală, adică instalarea timpurie a mecanismelor compensatorii sau formarea lor târzie, în interferență cu deprinderile deja existente și în condițiile unor stări afective negative.

Existența frecventă a unor consecințe secundare negative ale deficienței complică situația, căci și ele trebuie compensate, ele handicapându-l pe copil tot atât de mult cât și deficitul primar.

Consecințele negative pot apărea pe planul dezvoltării fizice, intelectuale, psihomotorii și afectiv – atitudinale, solicitând forme specifice de compensare. Procesele psihice pot sprijini dar pot și contracara bunul mers al compensației. Trăsăturile tipologice și particularitățile individuale: fire activă sau pasivă, tip extravert sau introvert, instalare rapidă sau lentă a reflexelor etc, își au, și ele, un rol condiționat în procesul compensației.

Trebuie să apreciem dacă metodele de compensare folosite servesc realmente depășirii dificultăților întâmpinate de acești copii și dacă nu cumva ele au efecte secundare nedorite, dăunătoare.

De exemplu, un ambliop care, pentru a-și compensa deficiența, practică predominant o investigare tactilă, chiar dacă nu elimină complet vederea. În felul acesta el obține, într-adevăr, o imagine mai precisă a obiectului percepției. Pipăitul se dovedește productiv. Se întâmplă însă că, obișnuindu-se să perceapă pe cale tactilă și renunțând din ce în ce mai mult la exercițiul vizual, vederea lui devine din ce în ce mai puțin eficientă, fiindcă nu este utilizată. În acest caz, modul de compensare care-l ajută pentru moment se dovedește nociv pe termen lung și educatorul va trebui să intervină. Dacă însă copilul suferă de glaucom infantil și știm de la medicul oftalmolog că el își va pierde în curând vederea și deci trebuie să-și perfecționeze percepția tactilă, pentru a putea fi pregătit unei noi situații, atunci vom considera că aceeași modalitate de compensare este pozitivă.

Nevăzătorul care își compensează sentimentul de frustrare prin efortul de a reuși într-un domeniu în care simte că are posibilități, compensează în sens pozitiv, desigur. Totuși, închiderea în sine și stările de reverie consolatoare în care se refugiază un nevăzător care se simte inferiorizat și insecurizat, chiar dacă reprezintă un mecanism imediat de apărare a Eu-lui, pot duce în cele din urmă la anumite forme de nevroză.

La nevăzători, tendința de amplificare a reacțiilor de orientare și de apărare față de stimuli auditivi este o compensare spontană. La unii ambliopi, ochiul apropiat de obiect sau obiectul apropiat de ochi, în care caz se elimină și convergența, constituie o formă de compensare spontană, adesea nocivă.

Se pot distinge, pe de o parte compensarea spontană, care se poate manifesta în afara acțiunii educaționale iar pe de altă parte compensarea dirijată, ale cărei mecanisme sunt stimulate și dezvoltate în mod deliberat, ca parte a unui sistem de educație. Compensația se poate învăța. Uneori compensarea dirijată constă într-un proces de autoeducație, pe care copilul îl desfășoară la îndemnul și sub îndrumarea educatorului.

Uneori compensarea spontană se realizează nu numai prin mecanismele naturale de adaptare dar și cu ajutorul unor instrumente, aparate sau alte instrumente ajutătoare, de natură tehnică (A. Rozorea, I. Mușu, 1997). O simplă lupă folosită de elevul ambliop poate ajuta compensația prin mijloacele restante ale analizatorului vizual.

Bastonul alb este un instrument simplu dar foarte util, facilitând compensarea prin ceilalți analizatori. Există aparate opto-electronice care îi ajută pe cei cu cecitate nocturnă, iar altele pentru cei cu cecitatea culorilor. Există o mare varietate de aparate care sprijină procesele compensatorii ale nevăzătorilor, convertind semnalele vizuale în semnale sonore sau vibro-tactile. Pentru ca nevăzătorul să se poată adapta bine la mediu este necesar ca și mediul să-i ofere mijloace corespunzătoare.

Cea mai importantă distincție pentru orientarea proceselor compensatorii se referă la direcția recuperatorie pe care o permite gradul deficienței vizuale.

În cazul cecității totale sau aproape totale se realizează înainte de toate o *compensație intersistemică* , în sensul că funcția vizuală deficitară este înlocuită prin aportul eficient al celorlalte modalități senzoriale.

În cazul ambliopiei moderate, când sunt afectate unele subfuncții ale analizatorului vizual dar rămân rezerve funcționale la nivelul celorlalte subfuncții, deci când vederea poate fi utilizată și chiar are șanse de dezvoltare, are loc *compensația intrasistemică*, adică prin posibilitățile pe care le ascunde chiar analizatorul vizual. Compensație nu înseamnă deci neapărat înlocuirea cu un alt analizator.

În cazurile intermediare, aceste două forme de compensație sunt corelate. Evolutiv, organismul încearcă întâi să compenseze pe seama elementelor intacte ale sistemului lezat, mobilizând deci posibilitățile vizuale, dar când calea aceasta se dovedește inefficientă are loc substituirea cu alte sisteme senzoriale.

Compensația intersistemică - înseamnă că funcția vizuală este înlocuită cu alte modalități senzoriale rămase intacte. Pentru a suplini vederea sunt folosite la maximum și interpretate relevant informațiile oferite de celelalte simțuri. Importanța lor biologică crește pe măsură ce scade vederea. Simțul tactil este primordial pentru instruirea și în general pentru educarea nevăzătorilor. Citit-scrisul în Braille dar și folosirea cubaritmului la aritmetică, a hărții în relief la geografie și a multor alte forme de material didactic se bazează pe percepție tactilă. Dar nu este vorba de o percepție exclusiv tactilă, ci de regulă tactil - kinestezică. Senzațiile kinestezice și cele tactile au la bază analizatori diferiți dar ele se îmbină în activitatea cognitivă căci copilul cunoaște prin palparea cu mana în mișcare. Datorită unui pipăit activ el poate percepe forma, volumul, mărimea, substanța, duritatea, asperitate și numeroase alte calități ale obiectelor. La nivelul micro-spațiului, palparea deține o echivalență informațională de grad înalt cu văzul.

O caracteristică a compensării prin acest contact dinamic este faptul că se realizează prin senzații succesive din care se construiește mintal imaginea globală. În condițiile spațiului mare, rolul compensator principal îl preia de regulă *auzul*. Asigurând cunoașterea de la distanță, el îi oferă nevăzătorului nu numai informație dar și securitate. Stimulii sonori semnalizează prezența unor obiecte, starea și acțiunea lor, distanța, direcția ș.a. Nevăzătorul poate afla pe cale auditivă din ce direcție vine un vehicul, poate recunoaște după zgomotul pașilor o persoană, poate localiza poziția celui care i se adresează. Toate acestea se deprind prin exercițiu.

Un nevăzător exersat poate stabili auditiv dacă încăperea în care se află este mică sau mare, este înaltă sau joasă. El poate identifica spațiile goale dar și obstacolele, căci senzația de obstacol are la bază receptarea auditivă a sunetelor reflectate.

Compensația intersistemică include și participarea senzațiilor olfactive. Mirosurile receptate semnalizează prezența multor obiecte și a calităților lor, a distanței și direcției. Tot așa crește valoarea informațională a celorlalte căi senzoriale.

Pe baza exercitării pe care o impune deficiența însăși și în situația în care atenția se concentrează asupra atenției analizatorilor valizi, copiii nevăzători devin capabili de diferențieri auditive, tactile etc. din ce în ce mai fine.

Compensația intrasistemică - acest tip de compensare este propriu în special copiilor cu deficiență vizuală parțială- ambliopi.

Deficiența vizuală parțială, produsă de lezarea mai mult sau mai puțin gravă a unor subfuncții ale analizatorului vizual, lasă totuși adesea alte subfuncții în stare de funcționare. Așadar, chiar în interiorul sistemului funcțional al vederii se păstrează un anumit potențial. Compensația intrasistemică reprezintă tendința organismului de a utiliza acest potențial restant, deci de a compensa chiar pe seama analizatorului vizual. Practic, aceasta înseamnă încercarea de a se ajunge la o imagine vizuală mai bună cu potențial fiziologic existent.

În funcție de caracterul și gravitatea afecțiunii, de componentele receptorului care sunt lezate sau de subfuncțiile tulburate se constată o mare varietate de forme de compensare intrasistemică spontană. Unele au eficiență redusă, altele ajută mai mult. Unele apar ca reflexe inconștiente, altele cu un anumit grad de conștientizare.

Un reflex bine cunoscut, de exemplu, constă în compensarea deficitului de refracție al hipermetropului prin amplificarea efortului acomodației. Un altul îl constituie scoaterea din funcție a unui ochi atunci când vederea celor doi ochi este inegală. Restrângerea câmpului vizual este compensată prin mișcări ample ale capului pentru a cuprinde imaginea. Copiii cu sensibilitate luminoasă scăzută iau poziții de căutare a luminii, de situare în locul unde lumina cade cât mai bine pe obiectul percepției. Un copil de la Școala pentru Ambliopi, căruia i s-a dat o lupă care să-l ajute la citit o folosea pentru a prinde litera în focarul ei luminos. La un grad mai ridicat de conștientizare, dar nu total, se află procedeele compensatorii apărute în timpul explorării vizuale solicitate de procesul de învățământ.

La începutul școlarității elevului ambliop, incapacitatea orientării după o schemă perceptivă, lipsa unei logici a explorării care să conducă spre punctele de reper esențiale pentru identificare se compensează prin timpul îndelung al investigării și caracterului ei redundant. “Prin număr mare de mișcări oculare și de zone de fixare a privirii, ambliopii încearcă să compenseze slaba lor acuitate vizuală, pentru a capta suficiente informații care să le permită să-și formeze o imagine perceptivă mai bogată și mai clară.” (V. Preda). Cercetările asupra activității perceptive a elevilor ambliopi arată că actul vizual are de câștigat când este simultan cu receptarea unor stimuli acustici, tactil-kinestezici ș.a. Unele cercetări au demonstrat că performanțele vizuale cresc în exercițiile care solicită concomitent o activitate motorie : conturare, decupare, perforare.

La începutul școlarității, elevului ambliop îi este necesar un control, sau mai bine zis un autocontrol tactil, kinestezic, auditiv etc. , din cauza greșelilor frecvente. Cu timpul el se eliberează parțial de acest control, la care revine când este pus în fața unor probleme noi și dificile. Trecerea la alte modalități senzoriale mai este uneori necesară pentru ca vederea să nu fie suprasolicitată, pentru a se asigura odihna vizuală.

La ambliopi se pune problema asigurării dominanței vizuale. Copilul trebuie să învețe să folosească toate căile senzoriale dar ca un sprijin al vederii și nu pentru su-plinirea ei. Când un elev ambliop, cu posibilități vizuale reduse dar utilizabile în procesul de învățământ, manifestă tendința de a-și folosi vederea din ce în ce mai puțin, bazându-se predominant pe alți analizatori, se consideră că procesul compensator abordat merge pe o cale greșită, care periclitează dezvoltarea vederii lui și-l duce spre situația de nevăzător.

Nevăzătorii, chiar dacă nu au reprezentări vizuale, percep spațiul și au noțiunea de spațiu. O dovadă este însuși faptul că ei se orientează în spațiu, recunosc obiectele pe baza însușirilor lor spațiale, percep și înțeleg relațiile spațiale, pot învăța obiecte ca geometria sau geografia. Dificultățile produse de deficiența vizuală fac uneori ca elevii nevăzători să aibă și unele reprezentări spațiale greșite despre mărimi, distanțele sau formele unor obiecte mai greu de cuprins prin palpare. Se înțelege că astfel de reprezentări nu pot servi procesul compensării.

Același rol compensator pe care la elevii nevăzători îl au reprezentările tactil-kinestezice, la elevii ambliopi îl au reprezentările vizuale. Și aici are loc confruntarea cu imaginea generalizată, de data aceasta în cadrul explorării vizuale. Numeroase cercetări efectuate în școlile pentru ambliopi au demonstrat rolul imaginilor generalizate în compensarea vederii slabe.

Atât în cazul nevăzătorilor cât și cel al ambliopilor se remarcă locul mai mare pe care-l ocupă memoria voluntară, intențională în activitatea psihică. Ei caută să rețină cât mai bine informațiile percepute sau cunoscute pe cale logico-verbală pentru a le putea folosi și a se orienta mai ușor în situații similare. Se observă, de exemplu, că nevăzătorul care străbate pentru prima oară un anumit drum, însoțit de un văzător, caută să rețină diferite puncte de reper pentru a se putea descurca apoi și singur. El știe mai bine decât noi câte stații sunt pe un anumit parcurs cu tramvaiul, cate intersecții are de trecut până la locul spre care se îndreaptă, unde va întâlni o denivelare etc. Efortul continuu de a memora, a reține și a reactualiza devine o calitate a memoriei lui, a cărei formare merită să fie încurajată de pedagog.

Un mare ajutor în desfășurarea analizei vizuale a unei imagini neclare este găsit de elevul ambliop în raportarea la o ipotetică noțiune-gen, ale cărei note îi sunt cunoscute. Dacă primele indicii îl duc pe elev la ipoteza că tabloul reprezintă un ani-mal, de exemplu îi va fi mult mai ușor să identifice detaliile. Experimente în care se asigură o raportare corectă la noțiunea-gen au probat că ea ajută considerabil diferențierea componentelor unui tablou, înțelegerea relațiilor dintre ele și în general o analiză vizuală de altfel foarte dificilă sau chiar imposibilă. În cazul ambliopiei, gândirea se manifestă în egală măsură în sprijinirea sintezei senzoriale a elementelor distinse separat. Adesea numai cu sprijinul gândirii, ajutată uneori de o imaginație bogată, elevii ambliopi cu câmpul vederii îngustat își pot forma imaginile mintale ale obiectelor pe care nu le pot cuprinde vizual, în ansamblul lor.

Nu este de ignorat faptul că prin activități logico-verbale și imaginative a unei activități senzoriale imposibile în anumite cazuri de ambliopie, de ex. perceperea muntelui la care privirea nu ajunge, ascunde și riscul unei îndepărtări de realitate. Există multe aspecte ale realității la care elevul ambliop, ca și cel nevăzător, nu poate accede pe cale intuitivă.

În cazul copiilor ambliopi, explorarea atentă mărește șansele unei identificări corecte a obiectului percepției. La nevăzători, finețea diferențierilor tactile sau auditive este legată și de efortul atenției. Nevăzătorii compensează în bună măsură prin concentrarea atenției și prin stabilirea ei. Rolul atenției este esențial, dar încordarea atenției ascunde și pericolul unei stări de supra solicitare nervoasă. Nevăzătorii și ambliopii care lucrează în ritm constant și productiv au dificultăți neașteptate când li se cere să treacă la un alt tip de activitate, având nevoie de un timp de adaptare mai mare. Atenția lor este distrasă cu greu dar se și restabilește mai greu dacă a fost distrasă.

Chiar dacă eventualele resturi de vedere pot aduce un sprijin cognitiv mai mic sau mai mare, informația principală de care dispun nevăzătorii se obține în principal pe seama celorlalte modalități senzoriale, în special prin complexul funcțional tactil-kinestezic și pe cale auditivă.

Mai multe cercetări pentru verificarea copiilor nevăzători au dus la concluzia că : “Copiii nevăzători de vârstă școlară mică au un bagaj sărac de reprezentări în comparație cu copiii văzători de aceeași vârstă”. Un fapt caracteristic este caracterul lacunar al unor reprezentări ale nevăzătorilor. În cazul ambliopilor din clasele mici , reprezentările sunt incomplete, sărace în detalii și chiar greșite. Se fac greșeli în aprecierea formei și mărimii obiectelor, a culorilor lor. Ca și la nevăzători, lipsurile reprezentărilor sunt mascate printr-un limbaj fără acoperire intuitivă. Astfel de reprezentări sunt prea puțin operante în activitatea teoretică și practică, ceea ce explică unele greutăți la învățatură.

Numeroase studii au scos în evidență productivitatea sporită a memoriei nevăzătorilor. Memoria nu se dezvoltă de la sine, ci datorită solicitării ei mai intense și mai frecvente, datorită exercitării ei. Ea se perfecționează pentru că nevăzătorul are foarte mare nevoie de ea.

Deficiența vizuală ca atare nu afectează procesele superioare de cunoaștere. În măsura în care își exercită rolul compensator, gândirea deficientului vizual are șansa unei dezvoltări întru totul normale, în raport cu potențialul intelectual al fiecărui copil. După cum se știe din rândul nevăzătorilor s-au ridicat reprezentanți remarcabili ai intelectualității. Cum se explică atunci faptul că într-o clasă de nevăzători sau ambliopi nivelul mediu intelectual este de regulă mai scăzut decât într-o clasă corespunzătoare de copii cu vedere normală? Subdezvoltarea intelectuală nu este cauzată de deficiența de vedere; dimpotrivă, sunt cazuri în care tulburările funcției vizuale apar ca sindroame ale handicapului mintal. (C. Păunescu, I. Mușu, 1997). În cazul elevilor ambliopi care au trecut prin școala de masă se întâmplă ca învățătorii să-i rețină în clasele lor pe elevii cu vedere slabă dar cu nivel intelectual ridicat și să-i trimită la școala pentru ambliopi pe cei cu nivel intelectual scăzut. Are loc deci o selecție prealabilă, care se reflectă asupra fizionomiei unei clase de ambliopi.

Unele cercetări comparative apreciază că la vârsta intrării în școala primară întârzierea dezvoltării fizice ar fi de circa 2 ani (V. Preda). La vârsta de 17 ani această întârziere nu ar fi decât de circa 1 an, în special în înălțime și greutate. S-a mai constatat o insuficientă dezvoltare a musculaturii, laxitate musculară și ligamentară, aspect atrofic : membre subțiri, torace îngust; nivel mai scăzut al forței fizice și al rezistenței. Deficitul lor limitează mișcarea iar limitarea mișcării accentuează deficitul: mișcări reținute, șovăitoare, economie de mișcări. Deficitul apare pregnant și pe planul motricității manuale : la început mâinile nevăzătorului sunt “oarbe”, adică el nu știe să exploreze tactil-kinestezic, are dificultăți în a coordona mișcările celor două mâini pentru a apuca un obiect. Nivelul scăzut al dexterității manuale se datorează și lipsei unei conduceri vizuale a mișcărilor mâinilor.

Mersul nevăzătorilor este descris ca fiind rigid, nesigur, ezitant, uneori cu capul înainte, ridicând mult piciorul, așezând apoi talpa cu grijă (“mers de barză”), cercetând solul cu vârful pantofului, prelungind sprijinul bilateral pe sol înainte de a face următorul pas. Brațele nu se mișcă simetric în timpul mersului , ci atârnă în jos.

Mobilitatea scăzută accentuează dizarmonia dezvoltării fizice. Nu sunt antrenate corespunzător toate grupurile musculare, unele rămân subdezvoltate.

Se pare că nevăzătorul capătă mai greu conștiința propriului corp și reprezentarea acestuia, adică ceea ce numim de obicei schema corporală. El nu se vede în oglindă, nu vede diferitele părți ale corpului său și raporturile acestuia cu obiectele înconjurătoare. Aceasta este o dificultate în construirea identității sale corporale. Rămânerea în urmă în dezvoltarea fizică este însoțită adesea de atitudini posturale deficiente : capul și gatul aplecate înainte sau înclinate lateral, umerii căzuți; care cu timpul devin deprinderi.

La toate acestea se adaugă uneori manierisme, ticuri, stereotipuri, uneori dizgrațioase cunoscute sub numele de blindisme : legănarea capului, a brațelor, a picioarelor, frecatul mâinilor etc. . Sunt mișcări parazitare, fără funcție de comunicare cu mediul, foarte greu de dezrădăcinat. Ele apar pentru că nevăzătorul nu are conștiința că este văzut. Pentru a facilita integrarea lui printre văzători trebuie ajutat să se debaraseze de astfel de blindisme.

Pentru nevăzători, lipsa vederii înseamnă lipsa unor stimuli ai mișcării, lipsa orientării, imposibilitatea prevenirii unor pericole ce l-ar putea pândi. El nu are controlul vizual asupra obiectelor din jur și nici asupra propriilor mișcări, pe care să le corecteze pe parcurs. Această îngrădire a libertății de mișcare și lipsă de independență în mișcare explică scăderea tendinței spre mișcare și creșterea tendinței spre sedentarism și pasivitate a unor copii nevăzători.

În literatura de specialitate se prezintă cazuri și se fac caracterizări ale deficiențelor vizuale, cu un accent mult mai mare decât s-ar cuveni pe trăsăturile negative: infantilism afectiv, instabilitate emoțională, stări nevrotice, negativism, egoism, stare de anxietate, comportament asocial, fire suspicioasă, agresivă, revendicativă și altele. Întâlnim, într-adevăr, astfel de manifestări, chiar dacă ele nu sunt foarte frecvente. Iar când le întâlnim, o analiză serioasă a cazului respectiv ne relevă că ele nu sunt o consecință automată a deficienței vizuale, ci mai curând a condițiilor social – educative în care el s-a dezvoltat, a inadecvării educației primite, a atitudinilor celor din jur față de el, a modelelor, a eșecurilor, a relațiilor sociale în care a fost cuprins. Adesea ele reprezintă reacții de apărare, chiar dacă în fapt nu-l apără ci îi fac situația mai dificilă. În fond, ele reprezintă, atunci când iau o formă acută, o a doua deficiență, pe lângă cea vizuală. Mai precis, astfel de trăsături se constituie în situațiile în care copiii se simt izolați, respinși, părăsiți. Și mai ales când se simt frustrați de bunul cel mai de preț: dragostea părinților, a celor din jur. Ceea ce duce la tensiuni interior, la sentimentul neputinței și al inferiorității, la senzația că nimănui nu-i pasă de el. Încă dinaintea intrării în școală unii nevăzători au și trăit șocul de a fi considerați altfel decât ceilalți, au început să aibă conștiința infirmității și să-și piardă sentimentul

propriei valori. Supraprotecția sau nepăsarea unor părinți împiedică adaptarea socială încă de la începuturile ei.

Toate acestea ne explică de ce apar reacțiile de apărare, care pot fi foarte diferite: în unele cazuri stări depresive, timorare, nesiguranță, atitudine inhibată; în alte cazuri aroganță, insolență, neîncredere în cei din jur; sau poate închidere în sine. Astfel de conduite sunt semnele unei inadaptări. Ele reprezintă riscuri posibile dar nu inevitabile.

Nevăzătorii au o mare capacitate empatică, se simt atrași de mediul social înconjurător, au o mare deschidere față de cei din jur și o nevoie avidă de afecțiune. În opoziție cu portretul negativ se poate schița și un portret pozitiv pentru nevăzătorii care și-au compensat bine handicapul. El știe să-și folosească forțele de cunoaștere senzorială și logico-verbală, el stăpânește instrumentele muncii intelectuale și ale unor activități practice. Își cunoaște limitele dar li posibilitățile, și este încrezător în forțele lui. Nu așteaptă să fie asistat; este autonom. Este deschis față de lumea înconjurătoare și împăcat cu sine, capabil să iubească și să fie iubit.

3. DEFICIENȚA DE AUZ

(după I. Stănică, Mariana Popa, D.V. Popovici, 2001)

3.1. Delimitări terminologice

Surdopsihopedagogia, ca știință independentă, studiază particularitățile dezvoltării psiho-fizice ale copiilor cu disfuncție auditivă și mijloacele adecvate compensatorii, instructiv-educative și recuperatorii în vederea formării personalității și încadrării lor depline în climatul socio-profesional.

Pentru a denumi persoanele cu tulburări de auz se utilizează un evantai noțional atât în limbajul științific, cât și în cel obișnuit. De exemplu: *surdo-mut*, *surdo-vorbitor*, *surd*, *deficient de auz*, *disfuncțional auditiv*, *hipoacuzic*, *handicapat de auz*, *asurzit*.

Inițial s-a folosit termenul de **surdmut** (scris într-un cuvânt) și se referea la persoanele care și-au pierdut auzul înainte de însușirea limbajului verbal (până la vârsta de 2-3 ani). În momentul în care s-a conștientizat faptul că între surditate și mutitate nu este o legătură indestructibilă, cuvântul *surdo-mut* a fost despărțit prin cratimă. Termenul **surdo-vorbitor** se referă la deficientul de auz demutizat și la asurzit. **Hipoacuzicul** este deficientul de auz cu reziduuri auditive. Surditatea totală (pierderi de peste 90 dB) poartă denumirea de **cofoză**.

Menționăm că în literatura anglo-saxonă termenul de surditate este folosit pentru toți deficienții de auz, iar în literatura modernă este folosit de asemenea pentru toți deficienți de auz termenul de

hipoacuzici, considerându-se că și cei cu pierderi de peste 90 dB au totuși niște resturi auditive.

Surditatea - disfuncție auditivă - nu are efect defavorabil asupra dezvoltării psiho-fizice generale a copilului, prin ea însăși, ci prin mutitate, adică prin neînsușirea limbajului ca mijloc de comunicare și instrument operațional pe plan conceptual. Depistarea și diagnosticarea precoce a surzeniei, constituie primul semnal de alarmă al familiei în vederea organizării educației auditive, a învățării limbajului și comunicării, a exersării cogniției și a întregului potențial psihic al copilului.

În absența comunicării verbale se remarcă instaurarea unui ritm lent și specific, pentru adaptarea la condițiile mediului, nu numai pentru dezvoltarea psihică. În același timp, amânarea preocupărilor față de deficientul de auz și începerea demutizării la vârsta mare, fac să crească tot mai mult decalajul dintre copilul surd și copilul care aude. Prin protezare, deficientul de auz este ajutat să elimine sau să evite posibilitățile instaurării unui decalaj major între dezvoltarea lui și cea a auzitorului.

Progresul în privința cunoștințelor școlare, deprinderilor sociale și dezvoltării emoționale depinde de dezvoltarea lingvistică. Deoarece copilul deficient de auz pierde atât de mult din conversația incidentală, va fi deficitar atât în domeniul cunoștințelor

generale, cât și a vocabularului. Cum cea mai mare parte din gândurile noastre este exprimată prin cuvinte, exprimarea clasică a ideilor lui va fi adesea dificilă, creând falsa impresie de înapoiere mintală.

Încrederea în sine se va dezvolta mai încet și de aceea copilul ar putea să manifeste și o nesiguranță emoțională.

3.2. Cauzele deficiențelor de auz

Literatura de specialitate prezintă numeroase clasificări ale surdității, mai ales pe baza unor criterii etiologice și temporale.

- Surdități ereditare și dobândite;
- Surdități clasificate după momentul apariției: a) prenatale; b) perinatale (neonatale); c) postnatale;
 - Surdități în raport cu locul instalării traumei (urechea medie, internă, nerv auditiv, sistemul nervos central);
 - Surdități pre- și post- lingvistice.

Surditățile ereditare: *tipul Sibenmann* - presupune lezarea capsulei și leziuni secundare ale celulelor și fibrelor nervoase; *tipul Sheibe* - presupune atrofierea nicovalei, saculei, organului Corti; *tipul Mandini*, cu leziuni ale ultimelor spirale ale melcului, atrofierea organului Corti, a nervului Cochlear și a ganglionilor.

Surditățile dobândite pot fi de trei tipuri: congenitale, neonatale și postnatale.

I. Surditățile prenatale, mai ales embrionare, dar uneori și fetale, pot fi cauzate de:

1. Viruși ai rubeolei, oreionului, hepatitei, pojarului, paludismului matern (boli ale mamei) etc.
2. Infecții bacteriene și protozoare: tuberculoza, sifilisul etc.
3. Medicamente: tranchilizante (morfina, cocaina, heroina, marijuana) etc.
4. Substanțe chimice și hormonale: chinina, ergotina, apa de plumb etc.
5. Iradierea mamei cu raze X în timpul cât este însărcinată.
6. Alcoolismul.
7. Diabetul.
8. Factori endocrini și metabolici cu complicații în funcționarea unor glande.
9. Toxemia gravidică.
10. Tulburări ale circulației sangvine în placentă (neoxigenarea fetei).
11. Hipotiroidismul familial.

12. Traumatisme în timpul gravidității (gestației).

13. Incompatibilitate sangvină între mamă și fetus (factori R.H. - Resus).

Desigur, surditatea dobândită congenital are multe cauze cunoscute, dar și necunoscute încă. Astfel, o cauză a surdității congenitale poate fi *citomegalovirusul* (C.M.V.), infecție intrauterină – o boală de tip febră glandulară sau *Rubella* (Pojar German) – boală foarte ușoară pentru mamă, dar cu efecte devastatoare pentru copil.

II. Cauze neonatale (perinatale)

1. Anoxia sau asfîxia albastră. Anoxia este cauzată de neoxigenarea fătului în timpul travaliului datorită răsucirii cordonului ombilical, nașterii laborioase etc. Insuficienta oxigenare provoacă leziuni anatomopatologice cu repercursiuni multiple în dezvoltarea normală a sistemului nervos (creierului).

2. Traumatismele obstetricale pot provoca hemoragie în urechea internă, hemoragie meningeală sau cerebro-meningeală.

3. Icterul nuclear - bilirubinemia.

III. Cauze post natale ale surdității:

1. Traumatisme cranio-cerebrale.

2. Boli infecțioase: meningita, encefalita, scarlatina, rujeola, pojarul, tusea convulsivă, oreionul, febre înalte, febra tifoidă etc.

3. Otita și mastoidita.

4. Factori toxici (intoxicații).

5. Boli vasculare.

6. Subalimentație cronică.

7. Traumatism sonor (în numeroase țări, muncitorii din întreprinderile zgomotoase sunt protejați auditiv cu ajutorul antifoanelor).

8. Cauze medicamentoase, tratament neadecvat mai ales cu ototoxice: streptomycină, neomicină, canamicină, gentamicină, trombomicină...și chiar aspirină și chinină în doze mari.

IV. De asemenea, se poate vorbi de existența unor cauze ale disfuncției auditive localizate la nivelul urechii externe, medii sau interne, nerv auditiv.

a. Cauze la nivelul urechii externe: malformații ale pavilionului urechii, absența pavilionului, obstrucționarea canalului conductor, ceara, excrescențe osoase etc.

b. Cauze la nivelul urechii medii: inflamarea trompei lui Eustache menține umiditate în ureche, deci mediu pentru infecție; otite, mastoidite, corpi străini; perforarea membranei timpanului, cleiul, leziuni sau malformații ale oscioarelor (ciocan, nicovală, scăriță), otoscleroza etc..

c. Cauze la nivelul urechii interne (senzoro-neurale): leziuni sau deformări ale labirintului membranos sau osos, ale canalelor semicirculare, ale utriculei sau saculei sau membranei tectoria. Cele mai mari obstacole în audiere sunt considerate, pe drept, leziunile organului Corti și ale membranei bazilare.

Cunoașterea cât mai exactă a locului și gradului leziunii contribuie la protezarea adecvată - individualizată - și la folosirea optimă a reziduurilor auditive.

d. Desigur că sunt și cazuri de leziuni ale traiectului nervos auditiv sau a zonei auditive din scoarță. În cazul în care leziunea se află în creier, surditatea este mult mai gravă și poartă denumirea de *surditate corticală*. Se pare că unii surdologi au exagerat frecvența surdității corticale (de ex. Bartzi considera existența surdității corticale în procent de peste 70%) în clasificarea cauzelor, gradelor și locului instalării disfuncției auditive.

3.3. Gradele deficitului auditiv

Deficitul de auz se diferențiază de la caz la caz în raport cu locul și profunzimea leziunii, deficitul de auz se stabilește prin măsuri clasice și mai precis prin măsurători moderne cu ajutorul unor aparate numite audiometre.

Prin măsurările audiometrice se controlează pragurile audibile la diferite intensități exprimate în decibeli și la diferite frecvențe exprimate în hertzi (duble vibrații).

Auzul normal percepe sunetele la o intensitate de la 0 la 20 și chiar 30 de decibeli. Perceperea sunetelor la intensități de peste 20 dB indică pierderi ușoare, medii și severe ale auzului (hipoacuzie ușoară, medie și severă) și pierderi profunde la peste 90 dB (surditate și cofoză) chiar și în cazul surdității profunde (cofozei) prin protezare pot fi utilizate resturi minime de auz, dar numai dacă surdul conștientizează existența senzațiilor auditive.

0 - 20 dB – Audiție normală – poate auzi conversația fără dificultate

20 - 40 dB – Deficit de auz lejer - Hipoacuzie ușoară.
Poate auzi conversația dacă nu este îndepărtată sau ștearsă.

40 - 70 dB – Deficit de auz mediu - Hipoacuzie medie.
Poate auzi conversația de foarte aproape și cu dificultăți. Necesită proteză.

70 - 90 dB – Deficit de auz sever - Hipoacuzie severă.
Poate auzi zgomote, vocea și unele vocale. Se protezează.

peste 90 dB – Deficit de auz profund - Surditate (cofoză).
Aude sunete foarte puternice - dar provoacă și senzații dureroase.
Se protezează cu proteze speciale.

(După B.I.A.F. - Biroul internațional de audio-fonologie)

3.4. Tipuri de surditate (deficiențe de auz)

Surditate de : transmisie, de percepție și mixtă.

Tipurile de surditate se stabilesc în raport cu locul instalării traumei.

Surditate de transmisie

Cauze: malformații ale urechii externe sau medii, infecții ale urechii medii (otita, mastoidita), cleiul, tulburarea ventilației prin trompa lui Eustache, defecțiuni ale timpanului și lanțului osicular (scăriță, nicovală, ciocan, fereastră ovală), otoscleroză.

Caracteristici: C.O. auz normal; CA. auz diminuat (diminuarea auzului la o intensitate de până la 60-70 dB). Se operează. Se protezează cu rezultate foarte bune; vocea tare puțin diminuată, vocea șoptită puternic diminuată. Percepere mai bună pentru sunete înalte în raport cu sunetele grave.

Surditate de tip percepție (surditate senzorio-neurală sau neurosenzorială)

Cauze: leziuni la nivelul urechii interne (labirint membranos, osos, organul lui Corti, membrana bazilară), leziuni pe traiectul nervos sau în scoarța cerebrală în zona auzului: leziunile pot avea la bază anomalii cromozomiale, infecții bacteriene, encefalopatii, traume, dereglări biochimice sau neurologice, intoxicații medicamentoase etc.

Caracteristici: C.O. și CA. auz diminuat.

Nu se operează. Se protezează cu aparate speciale. Solicită intens educație ortofonică clasică. Pierderea auzului poate depăși

120 dB, vocea șoptită și vocea tare sunt amândouă diminuate, perceperea sunetelor acute este defectuoasă.

Surditate de tip mixt

Cauze: otospongioza, otita medie cronică, sechele operatorii după evidare pedromastoidiană, traumatism cranian, cretinism endemic, sifilis congenital, boli eredo-degenerative etc.

Caracteristici: Surditatea mixtă prezintă caracteristici atât de tip transmisie curabile (protezabile) cât și de tip percepție; percepție nulă pentru sunete acute și redusă pentru tonuri grave.

(CO – conducție osoasă ; CA – conducție aeriană)

3.5. Aspecte ale dezvoltării psihice ale deficiențelor de auz

Consecințele surdității asupra personalității și comportamentului depind de tipul și gradul deficienței, de îngrădirile pe care le creează pentru educație și instrucție. Efectele psihologice ale surdității se resimt mai ales atunci când surditatea este de tip neurosenzorial (când e afectată urechea internă); de asemenea când surditatea a intervenit la vârstă mică, iar deficiența respectivă deși era deosebit de gravă, nu s-au luat măsuri pentru asigurarea învățării dirijate, lăsându-se totul pe seama celei spontane.

Dezvoltarea psihică are o anumită specificitate, determinată de gradul de exersare a proceselor cognitive și de particularitățile limbajului mimico-gesticular.

Surzenia din naștere îi privează pe copii de a-și însuși experiența de tip auditiv și simboluri verbale. Are influență asupra dezvoltării mentale, mai ales asupra capacității intelectuale. Ca urmare a specificului dezvoltării psihice, copiii surzi dovedesc posibilități limitate în însușirea cunoștințelor care se predau în școală.

Prin cercetările sale asupra memoriei, M. Hiskey i-a găsit pe surzi inferiori auzitorilor. Posibilitățile de memorare și actualizare sunt în general mai scăzute la surzi decât la auzitori.

Oleron studiind gândirea, a arătat că modalitățile de care se folosește aceasta sunt inferioare auzitorilor, fiind deficitară mai ales deducția. Comparativ cu gândirea auzitorului, gândirea surdomutului are un conținut concret neevoluat. Abstracțiile sunt prea puțin accesibile acestor forme de gândire. Ele vor deveni treptat accesibile în procesul gândirii noțional-verbale, care evoluează odată cu demutizarea.

Forma și gravitatea deficienței produce o perturbare mai mică sau mai mare la nivelul funcțiilor de recepție și de expresie a comunicării verbale, mecanism ce influențează negativ interrelațiile

personalității și comportamentul individului, mai cu seamă prin scăderea valorii instrumentale a limbajului.

Se susține, însă, în literatura de specialitate și ideea că dezvoltarea integrală a structurilor psihice ale surdomutului din toate etapele vieții este particulară și are note specifice determinate de însuși specificul limbajului gestual care reprezintă instrumentul de comunicare, de structurare și de exersare a operativității proceselor psihice.

Se susține ideea că nu handicapul organic sau infirmitatea senzorială este cauza comportamentului deficitar (al dezvoltării culturale), ci „căile indirecte ale dezvoltării limbajului sau incapacitatea de a accede la limbaj" (Vîgotski, Oleron).

Decalajele pe planul dezvoltării proceselor psihice sunt mult mai mari (atât ca vârstă mentală, cât mai ales din punct de vedere al procesualității psihice) dacă stimularea precoce perceptivă și cognitivă și învățarea limbajului nu se realizează în perioada de maximă receptivitate a copilului.

La surzii nedemutizați aceste decalaje față de standardele normalitate psihice și specificul proceselor psihice se mențin pe tot parcursul vieții.

Consecințele diferitelor grade ale deficitului auditiv își pun amprenta asupra dezvoltării proceselor și funcțiilor psihice (cantitativ și mai ales calitativ). Cele mai accentuate consecințe asupra dezvoltării psihice (și a

personalității) le are surditatea congenitală, prin împiedicarea comunicării verbale și a achiziționării de experiențe sociale.

Impactul surdităților dobândite după achiziția limbajului și a comunicării este mai mic, efectele putând fi diminuate prin intervenții stimulative și formative.

Hipoacuzia poate produce stagnări sau chiar regrese în dezvoltarea psihică dacă mediul nu este stimulativ și nu consolidează comunicarea.

Reiese faptul că surditatea, prin ea însăși, nu are efecte negative asupra dezvoltării psihice, dar, generând mutitatea, stopează evoluția limbajului și a comunicării și implicit a progreselor pe planul cunoașterii intelective

Calitatea informațiilor ce se vehiculează nu are claritatea și forța de a cuprinde totalitatea evenimentelor și nu se produce o echilibrare adecvată la mediul înconjurător și în același timp o compatibilizare a mediului la solicitările subiectului.

Achizițiile însușite în procesul instructiv-educativ sunt slab reprezentate în exprimarea și receptarea ideilor, sentimentelor, intențiilor și atitudinilor. Aceasta face ca trăsăturile de personalitate să fie estompate sau să apară exacerbări ale acestora în comunicare și se finalizează în ambele situații, în comportamente neadaptate la situațiile concrete.

Faptul că surdul nu înțelege bine semnificația cuvintelor îl împinge de la început spre *izolare*. Neînțelegerea cuvântului, a

intonației și modulației vocii, îl privează pe surd de anumiți stimuli, care ar contribui firesc, nu numai la dezvoltarea funcțiilor sale de cunoaștere, dar și a afectivității, voinței și personalității în ansamblu.

Dezvoltarea gândirii și a limbajului - în unitatea lor armonios necesară - influențează procesul de structurare a personalității și manifestările comportamentale, mai ales la vârstele mici, marcând însă întreaga axă a dezvoltării.

Tulburările limbajului, dereglarea procesului de structurare a acestuia, operativitatea redusă a gândirii, unitatea gândire - limbaj deteriorată în contextul deficienței de auz acționează ca „feed-back-uri de precipitare entropice” (**E. Verza**), împiedicând atât mecanismele compensatorii și autocompensatorii, cât și „feed-back-ul de stabilizare” (**E. Verza**) și având consecințe negative asupra procesului comunicării și din acest motiv și asupra integrării normale a deficientului de auz. În acest context, structurarea însăși a personalității și manifestările comportamentale capătă note particulare, în literatura de specialitate fiind folosiți termeni precum „personalitate decompensată”, „personalitate imatură”, „tipologie de personalitate handicapată”.

Tipul, gravitatea și forma deficienței de auz limitează funcția receptiv-expresivă a limbajului, tipul și intensitatea comunicării, formele relaționării (care, în multe cazuri, se reduc la cele mimico-gesticulare) și nu în ultimul rând pattern-urile comportamental-acționale în contextul vieții cotidiene, a activității școlare sau socio-profesionale.

Decompensarea personalității deficientului de auz se produce prin exersarea insuficientă sau prin absența comunicării verbale, care impietează nu numai asupra componentei cognitive (judecăți, raționamente, operații mintale etc.), ci și asupra celorlalte componente (afectivă, volitivă, atitudinală, aptitudinală, motivațională, caracterială, psihosocială).

O caracteristică a limbajului deficientului de auz este reducerea funcției lui semantice și instrumentale în favoarea celei pragmatice, exprimarea și recepționarea ideilor, sentimentelor, intereselor, atitudinilor rămânând în cea mai mare parte nedescifrate sau descifrate incomplet și deformat, informațiile recepționate sau transmise fiind lipsite de claritate, de caracterul comprehensiv și adecvat, de expresivitate și nuanțare contextuală și subtextuală; funcția reglatorie se exercită puțin asupra comportamentului, având semnificație mai mult în plan personal.

Comunicarea verbală este fragilă, anostă, incoerentă, fără forță, laconică, uneori cu elemente argotice sau de violență verbală, dezorganizată, însoțită de gestică și mimică ample, dar neadecvate la conținut.

Coordonatele identificate de N. Chomsky („competența lingvistică” și „performanța lingvistică”) sunt deficitare, limitate situațional; funcția generator-conceptuală este slab reprezentată din cauza operativității reduse a gândirii; conținutul ideativ are o semnificație personală accentuată, exprimând atitudini și stări, mai mult decât gânduri și judecăți și de aceea este greu de decodificat.

Parametrii limbajului verbal (ritm, intonație, timbru, fluența verbală, expresivitate) sunt în măsură foarte mică expresia unor trăsături de personalitate (introversie / extraversie, agresivitate/timiditate, euforie/depresie, masculinitate/feminitate).

Limbajul mimico-gestual reprezintă pentru surdomuți forma de bază a comunicării (a înțelegerii și exprimării), având însă, ca și la subiecții normali, și un rol de susținere, suplinire și completare a limbajului verbal.

Fiind, cel puțin până la demutizare și însușirea limbajului verbal, baza structurilor comunicaționale, limbajul mimico-gestual poartă amprenta trăsăturilor de personalitate - activism, inhibiție, timiditate, introversie, extraversie, nevrotism, atitudini afective,

echilibru psihoemoțional, particularizându-se astfel prin amploarea gesturilor sau prin tendința de simplificare a gesturilor complexe, prin rapiditatea și flexibilitatea execuției lor, prin modul în care se realizează sincronizarea aspectelor motrico-gestuale cu expresivitatea feței și a corpului și cu exprimarea subiectiv-emoțională a ideilor și trăirilor în contextul relației comunicative inter-personale sau de grup.

Componentele motrice ale gesticii (mișcarea mâinii și a corpului, ritmul și amplitudinea mișcării), mimica și privirea nuanțează semnificația, dar exprimă și trăsături temperamentale (energie, dinamism) și de personalitate (intenționalitate, componente afectiv-motivaționale, interese, atitudini evaluative etc).

Comunicarea comportamentală și acțională este însoțită de elemente cognitive și afective („stilul comunicării” după G. Bateson), care asigură relaționarea psihosocială deoarece, ca și gestică, acestea sunt „expresii ale trăirii”.

Unii autori recomandă ca limbajul mimico-gestual și limbajul verbal să fie introduse paralel în educația precocă a copilului deficient de auz spre a-și putea exercita funcția de stimulare a operativității gândirii și a celorlalte procese psihice; în plus, ca și în normalitate, exprimarea verbală este accentuată, nuanțată sau substituită

printr-o gestică adecvată și cu semnificație socială, dar realizată într-o manieră personală în funcție de trăsături temperamentale, atitudinale, motivaționale (cu referire la scopul expres al comunicării), afectiv-emoționale și caracteriale.

În general, se constată un paralelism între nivelul dezvoltării psihice și comportamentale a deficienților de auz și nivelul de maturizare psiho-afectivă. În general, emoțiile acestora au caracter situativ, fiind legate mai ales de trebuințele imediate; dispozițiile și afectele nu au o orientare precisă și se desfășoară cu o intensitate și durată mai redusă.

Compensarea carențelor comunicaționale, motivațional-afective și voliționale, ca și a tensiunii intrapsihice dezorganizante, determinată de deficiența de auz, contribuie la eliminarea anxietății, inhibițiilor, neîncrederii în sine, a complexelor de inferioritate, a labilității psiho-emoționale sau chiar a negativismului și a agresivității și la formarea sociabilității, activismului, dorinței de comunicare și relaționare; un mediu securizant și stimulatîv contribuie la valorificarea maximă a potențialului fizic și psihic și la creșterea indicelui de maturizare psihosocială și morală prin stabilizarea unor însușiri de personalitate armonice și mature.

4. TULBURĂRILE DE LIMBAJ. LOGOPEDIA

(DUPĂ E.VERZA, 2003)

4.1. Obiectul și scopul logopediei

„Logopedia are prin excelență, un caracter aplicativ, de prevenire și înlăturarea tulburărilor de limbaj în vederea dezvoltării psihice generale a persoanei, de a stabili sau restabili relațiile cu semenii săi, de a facilita înțelegerea în colectiv, de a se forma și dezvolta pe măsura disponibilităților sale. Activitatea logopedică este centrată în special asupra copiilor nu numai datorită frecvenței mai mari a handicapurilor de limbaj, dar și pentru faptul că la aceștia vorbirea este în continuă structurare și dezvoltare, iar dereglările apărute au tendința, ca o dată cu trecerea timpului, să se consolideze și agraveze sub forma unor deprinderi deficitare, ceea ce necesită un efort mai mare pentru corectarea lor” (E. Verza, 2003).

Perioadele favorabile pentru o acțiune logopedică eficace sunt preșcolaritatea și școlaritatea mică, deoarece la această vârstă este mai ușor de corectat, decât la vârstele adulte unde apar tulburări de personalitate și inadaptări sociale.

Pe baza semnificațiilor teoretice și practice, obiectivele logopediei se pot grupa astfel:

- a) studierea și asigurarea unui climat favorabil dezvoltării și stimulării comunicării;

- b) prevenirea cauzelor care pot determina handicapurile de limbaj;
- c) studierea simptomatologiei handicapurilor de limbaj și a metodelor și procedeeleor adecvate corectării lor;
- d) cunoașterea și prevenirea efectelor negative ale handicapurilor de limbaj asupra comportamentului și personalității logopatului;
- e) elaborarea unei metodologi de diagnoză și prognoză diferențiată în logopedie;
- f) popularizarea științei logopedice și pregătirea familiei și a școlii pentru a manifesta înțelegere și sprijin față de logopat;
- g) formarea unor specialiști logopezi cu o pregătire psihopedagogică teoretică și practic-aplicativă, care să stăpânească terapia handicapurilor de limbaj;
- h) studierea și cunoașterea diferitelor aspecte ale deficiențelor senzoriale și mentale ce influențează constituirea structurilor limbajului;
- i) optimizarea activității logopedice atât pentru terapia handicapurilor de limbaj, cât și pentru evitarea eșecurilor școlare și comportamentale;

j) depistarea populației cu deficiențe de limbaj, începând cu vârsta preșcolară și organizarea activității pentru prevenirea și recuperarea handicapurilor de limbaj.

4.2. Etiologia tulburărilor de limbaj

Tulburările de limbaj sunt determinate de acțiunea unor procese complexe:

- a) în perioada intrauterină a dezvoltării fătului;
- b) în timpul nașterii;
- c) după naștere.

a) Dintre cauzele care pot acționa în timpul sarcinii se pot menționa: diferite intoxicații și infecții (cu alcool, tutun, medicamente, substanțe toxice); boli infecțioase ale gravidei; incompatibilitatea factorului Rh; carențele nutritive; traumele mecanice care lezează fizic organismul fătului; traumele psihice suferite de gravidă (neacceptarea psihică a sarcinii, trăirea unor stări stresante, frământările interioare, spasme care își pun amprenta asupra dezvoltării normale a fătului).

b) Din categoria cauzelor care acționează în timpul nașterii se pot menționa: nașterile grele și prelungite, care duc la leziuni ale

sistemului nervos central; asfixiile ce pot determina hemoragii la nivelul scoarței cerebrale; diferite traume fizice la nivelul aparatului fono-articulator.

c) A treia categorie o constituie cauzele care acționează după naștere; acestea pot fi:

- 1) cauze organice;
- 2) cauze funcționale;
- 3) cauze psiho-neurologice
- 4) cauze psiho-sociale.

1) Cauzele organice pot fi la rândul lor de natură centrală sau de natură periferică. Dezvoltarea sistemului nervos central poate fi influențată negativ de diferite traumatisme mecanice, care pot afecta zonele corticale, unde se află situați centri corticali responsabili pentru diferite funcții psihice. Cu cât zona lezată este mai intensă și mai profundă, tulburările de limbaj vor fi și ele mai complexe. De exemplu, anomaliile dento – maxilo - faciale nu permit o participare sincronizată a tuturor elementelor verbo-motorii implicate în procesul vorbirii, situație întâlnită și în progenie și prognatism, ca și macroglosie și microglosie. Cauzele organice de natură periferică pot fi: infecțiile; intoxicațiile cu substanțe chimice, medicamente și

alcool; boli cum sunt: meningita, encefalita, oreonul, pojarul, rujeola și scarlatina.

2) Cauze funcționale, acestea constau în funcționarea defectuoasă a oricăruia din segmentul limbajului, fie că este segmentul senzorial, segmentul de recepție al vorbirii sau segmentul motor sau efector al vorbirii al aparatului maxilo- labio-dentar. „Cauzele funcționale pot afecta oricare din comportamentele pronunțării: expirație, fonator, articulație. Astfel, apar dereglări ale proceselor de excitație și inhibiție, de nutriție la nivelul cortexului, insuficienței funcționale la nivelul sistemului nervos central, insuficiențe auzului fonematic putând încetini dezvoltarea sa sau pot crea dificultăți în parcurgerea traseului normal al limbajului”

3) Cauzele psiho - neurologice se manifestă în predilecție la alienați mintali, respectiv la subiecții cu tulburări ale reprezentărilor optice, acustice și la cei cu tulburări de personalitate, respectiv cei foarte timizi sau foarte infatuați. Din această categorie fac parte și subiecții care se supraapreciază – infatuați, aceste manifestări influențând negativ structura personalității și a limbajului.

4) Cauze psiho - sociale. La analiză mai atentă s-a constatat că acestea au o frecvență mai mare, iar efectele lor negative afectează dezvoltarea limbajului și întreaga dezvoltare psihică a omului.

În această categorie sunt incluse:

- metode greșite în educație (iatrogeniile și didactogeniile);
- slaba stimulare a vorbirii în ontogeneza timpurie;
- încurajarea copilului mic în folosirea unei vorbiri incorecte pentru amuzamentul adulților;
- imitarea unor modele cu o vorbire incorectă în perioada construirii limbajului;
- stresul și suprasolicitări psihice;
- fenomenele de bilingvism.

4.3. Clasificarea tulburărilor de limbaj

În logopedia contemporană există numeroase clasificări care sunt realizate în funcție de diferite criterii: etiologic, lingvistic, morfologic, simptomatologic.

Prezentăm în continuare o clasificarea profesorului E. Verza care ține seama de mai multe criterii în același timp. Criteriile acestei clasificări sunt: anatomo-fiziologice, lingvistic, etiologic, simptomatologic și psihologic. Această clasificare s-a impus în

literatura de specialitate europeană a ultimilor decenii și include următoarele categorii de tulburări:

1. tulburări de pronunție sau articulație (dislalia, rinolalia, disartria);
2. tulburări de ritm și influență a vorbirii (bâlbâială, logonevroză, tahilalia, bradilalia, aftongia, tulburări pe bază de coree, tumultus sermonis);
3. tulburări de voce (afonia, disfonia, fonoastenia, mutația patologică a vocii, etc.);
4. tulburări ale limbajului citit-scris (dislexia-alexia și disgrafia-agrafia);
5. tulburări polimorfe (afazia și alalia);
6. tulburări de dezvoltare a limbajului (mutism psihogen sau mutism electiv sau voluntar, retard sau întârziere în dezvoltarea generală a vorbirii, disfuncțiile verbale din autismul infantil de tip Kanner, din sindroamele handicapului de intelect).
7. tulburări ale limbajului bazat pe disfuncțiile psihice (dislogia, ecolalia, jargonofazia, bradifazia)''.

O asemenea clasificare este importantă nu numai pentru activitatea de cunoaștere și terapia logopedică, dar și pentru

diagnoza și prognoza tulburărilor de limbaj. Diagnosticul corect permite stabilirea metodologiei de lucru adecvate subiectului, individualizarea terapiei și în funcție de particularitățile psihice ale subiectului, vârsta și sex, se va realiza distribuirea subiectului într-una din grupele de terapie organizate de logoped la cabinet.

4.4. Descrierea principalelor tulburări de limbaj

“Handicapurile de limbaj pot apare atât pe fondul intelectului normal, cât și la deficienții mintal sau senzorial când, de obicei, sunt mai profunde și mai frecvente. În cazul unor asemenea asocieri, handicapul de limbaj este o formă secundară a unui sindrom complex, dar prin existența lui accentuează dificultățile de receptare și adaptare. Cunoașterea principalelor categorii ale handicapurilor de limbaj ce se întâlnesc la vârsta preșcolară asigură eficiența intervenției în procesul recuperativ.” (E. Verza, 2003)

A. Tulburările de pronunție sau articulație

Tulburarea de pronunție cu frecvența cea mai mare este dislalia atât în cazul subiecților normali din punct de vedere psihic, cât și la cei cu deficiența de intelect și senzoriale.

Unele din tulburările de pronunție dispar odată cu înaintarea în vârstă a persoanei, dar și forme care au tendința de a se stabiliza și consolida în timp, ceea ce face ca activitatea de cercetare să fie cu atât mai dificilă, cu cât terapia este concepută mai tardiv. Dacă în perioada antepreșcolară, tulburările de pronunție nu constituie semnale de alarmă la copiii cu intelect normal și fără anomalii organice ale aparatului fono-articulator. La vârsta preșcolară, dacă o tulburare de pronunție persistă și impune necesitatea intervenției logopedice. La copilul antepreșcolar, dislalia este de natură fiziologică ca urmare a nede dezvoltării suficiente a aparatului fono-articulator și a sistemelor cerebrale implicate în actul vorbirii.

După vârsta de 3-4 ani, aceste sisteme devin suficient de dezvoltate pentru a putea realiza o pronunție corectă, dacă aceasta nu se realizează, trebuie determinate cauzele care stau la baza tulburărilor de limbaj, pentru ca programul de terapie să poată fi individualizat în funcție de etiologie.

Dislalia este o tulburare de pronunție , articulație, care se manifestă prin: deformarea, omiterea, substituirea, înlocuirea și inversarea sunetelor. În cazurile grave de dislalie aceste fenomene se produc și la nivelul silabelor și chiar al cuvintelor.

Când deficiențele de articulație se limitează numai la nivelul unor sunete izolate și în genere se manifestă printr-o formă mai

ușoară, această formă de dislalie se numește dislalie simplă sau parțială.

În tulburările respective se extind asupra majorității sunetelor și a unor grupe de silabe se numește dislalia polimorfă, iar atunci când sunt afectate toate sunetele, majoritatea silabelor și a cuvintelor este vorba despre dislalia generală sau totală, formă prezentă, în special, în despicările maxilo-velo-palatine (buză de iepure sau gură de lup) sau ca manifestări secundare ale altor tulburări grave, cum sunt afaziile și alaliile.

În dislalie, sunetele nu sunt la fel afectate, unele au frecvența mai mare, altele mai mică; sunetele cele mai afectate sunt cele care apar mai târziu în vorbirea copiilor: vibranta “r”, africaterle “c”, “g”, “t”, siflantele “s”, “z” și șuierătoarele “ș”, “j”, iar vocalele, în primul rând: “a”, “e”, “u” și unele consoane, cum ar fi: “b”, “d”, “t”, “m” și “n”, care apar de timpuriu în vorbire și sunt mai rar tulburate.

CAUZELE SPECIFICE ALE APARIȚIEI DISLALIEI:

- a) imitarea unor persoane cu o pronunție deficitară;
- b) metode inadecvate de educație și care nu duc la stimularea vorbirii;
- c) încurajarea copilului de către adult în pronunțarea peltică pentru amuzament;

- d) implantarea defectuoasă a dinților;
- e) diferite anomalii ale aparatului bucal (buză de iepure și gură de lup);
- f) deficiențe cerebrale;
- g) insuficienta dezvoltare psihică a subiectului;
- h) deficiența ale auzului (hipoacuzie și surzenie ușoară);
- i) slaba dezvoltare a auzului fonematic.

În dislaliile grave, unii autori apreciază că ereditatea poate constitui un factor etiologic important, pe linie paternă trăsăturile respective se transmit mai frecvent când li se asociază și unele insuficiențe motorii.

Dintre cele mai frecvente dislalii, grupa sigmatismelor și a parasigmatismelor (s, ș, z, j) ocupă un loc central.

Acestea apar atunci când au loc deformări, substituiri, omisiuni ale sunetelor siflante și șuierătoare: “s”, “ș”, “z”, “j”, “t”, “ce”, “ci”, “ge”, “gi”. La copiii preșcolari și școlari mici, cel mai des se manifestă omisiunile și deformările.

Dintre multiplele forme de sigmatism, specifice și limbii române, menționăm următoarele:

a) sigmatismul interdental care apare ca urmare a pronunțării sunetelor respective cu limba între dinți (în perioada schimbării dentiției de lapte).

b) sigmatismul lateral cu cele trei forme:

- lateral dexter (ieșirea aerului se face prin dreapta);
- lateral sinister (ieșirea aerului se face prin stânga);
- bilateral (aerul iese prin ambele părți).

c) sigmatismul addental, produs prin sprijinirea vârfului limbii pe dinți, nepermițând astfel aerul să iasă prin spațiul interdental, cum este normal. Această formă este mai frecventă la hipoacuzici, datorită percepției deficitare a pronunției.

d) sigmatismul palatal se produce prin pronunțarea sunetelor siflante și șuierătoare cu vârful limbii retras spre bolta palatală.

e) sigmatismul strident se manifestă printr-o sonoritate exagerată a siflantelor, producând perturbări la nivelul percepției.

f) sigmatism nazal, determinat de deficiențe ale palatului moale care nu-și poate îndeplini funcția normală, imprimând astfel scurgerea aerului, parțial sau total, prin intermediul căilor nazale.

O altă formă dislalică, cu o frecvență mare este rotacismul și pararotacismul; constă în deformarea, omisiunea, inversarea și înlocuirea sunetului “r”. Consoana “r” apare, de obicei, în vorbirea copilului în urma sunetelor siflante și șuierătoare, iar omisiunea lui

concretă presupune o anumită dezvoltare a aparatului fonoarticulator și mișcări fine de sincronizare.

Din aceste motive, la majoritatea copiilor antepreșcolari mici (3-4 ani) se produce afectarea sunetului “r” sau se înlocuiește cu “l” și mai rar cu “d”, “h”, “v”. cele mai frecvente forme de rotacism sunt:

a) rotacismul interdental - ia naștere prin pronunțarea sunetului “r” cu vibrarea vârfului limbii sprijinit pe incisivii superiori sau mai rar, prin atingerea limbii de buza superioară în timpul vibrării acesteia;

b) rotacism labial - realizat printr-un joc ușor al limbii și vibrarea buzelor;

c) rotacism labiodental-apare prin vibrarea buzei superioare în atingerea cu incisivii superiori sau vibrarea buzei inferioare în momentul atingerii incisivilor superiori;

d) rotacism apical - recunoscut după faptul că limba se află în momentul pronunției lipsită de alveole, ceea ce nu-i permite să vibreze suficient;

e) rotacism velar - în care nu vibrează vârful limbii așa cum este normal, ci vâlul palatal;

f) rotacismul nazal - datorat faptului că orificiul palatofaringian nu se închide suficient, ceea ce face să se producă

vibrații la nivelul părții posterioare a palatului moale și peretelui posterior al faringelui, iar emisia lui “r” este stridentă, cu caracteristici nazale;

g) rotacismul uvular - produs prin vibrarea uvulei în articulația sunetului “r”;

h) rotacismul bucal - format prin scurgerea aerului pe spațiile dintre părțile laterale ale limbii, forțând obraji să intre în vibrații și dând o notă dezagreabilă pronunției.

Deși cu frecvența mai mică, se pot produce tulburări și a celorlalte sunete, care sunt:

- betacism și parabetacism (când este afectat sunetul “b”);
- capacism și paracapacism (când este afectat sunetul “c”);
- deltacism și paradeltacism (tulburarea sunetului “d”);
- fitacism și parafitacism (tulburarea sunetului “f”);
- gamacism și paragamacism (afectarea sunetului “g”);
- hamacism și parahamacism (tulburarea sunetului “h”);
- lambdacism și paralambdacism (afectarea sunetului “l”);
- mutacism și paramutacism (tulburarea sunetului “m”);
- nutacism și paranutacism (când este afectat sunetul “n”);
- teltacism și parateltacism (tulburarea sunetului “t”);
- vitacism și paravitacism (tulburarea sunetului “v”).

Disartria (din limba greacă “dys” - greu și “arthria” - articulația) este o tulburare complexă de vorbire (vorbire neclară, confuză, disritmică, disfonică, cu rezonanță nazală, monotonă) determinate de defecțiunile căilor centrale și ale centrilor nervoși în procesul de articulație. Disproporția dintre vorbirea impresivă, păstrată integral sau în mare măsură, și cea expresivă, care este denaturată, uneori foarte grav încât afectează înțelegerea celor pronunțate, constituite una din caracteristicile specifice ale acestei tulburări.

Copilul disartric este, de cele mai multe ori, conștient de dificultățile pe care le întâmpină în realizarea unor mișcări fonoarticulatorii. Deși știe ce mișcări trebuie să realizeze pentru a produce prin imitație un anumit sunet, el nu le poate reuși.

Efortul voluntar contribuie adeseori doar la accentuarea dificultăților în desfășurarea mișcărilor respective, pe care uneori le poate realiza în condițiile unei vorbiri în ritm mai încetinit decât cel impus de fluența vorbirii normale.

Corectarea disartriei se face prin activități logopedice netematice, constând în exerciții individuale de antrenare a aparatului fonoarticulator și de corectare a pronunției. De obicei este necesară asocierea unor măsuri de tratament stabilit de medic.

Rinolalia este o tulburare de pronunție. Se poate produce ca urmare a unor malformații ce sunt localizate la nivelul vălului palatin sau datorită insuficienței dezvoltării a acestuia.

Rinolalia are mai multe forme de manifestare:

- a) aperta (deschisă), când suflul aerului necesar pronunțării sunetelor parcurge predominant calea nazală;
- b) clausa (închisă), când unda expiratorie necesară pronunțării sunetelor nazale “m”, “n” se scurge pe traiectul bucal;
- c) mixa (mixtă), în prezența căreia unda expiratorie trece alternativ pe cale nazală și pe traiectul bucal.

B. Tulburări de ritm și fluență a vorbirii

Din categoria tulburărilor de ritm și fluență fac parte: bâlbâiala, logonevroza, tahilalia, bradilalia, aftongia, tulburări pe bază de coree, tumultus sermonis.

Bâlbâiala (din limba latină “balbutire” - a se bâlbâi) este considerată o tulburare a controlului motor al vorbirii, în care înlănțuirea succesivă a sunetelor din cuvinte nu se mai poate realiza după modelul expresiv și firesc.

Bâlbâiala se prezintă sub 3 forme: clonică, tonică și mixtă (clona-tonică sau tona-clonică în funcție de predominarea repetiției – cloniei, iterației sau predominarea spasmului muscular - toniei). Reprezentarea silabelor se produce, în primul rând, pentru cele care necesită un efort mai mare în emisie (pl, bl, cr, ca, și) sau pentru sunetele care apar mai târziu în ontogeneză și sunt mai puțin consolidate (r, s, ș, z).

Bâlbâiala apare în mod obișnuit în perioada de dezvoltare a vorbirii, sub acțiunea unor factori stresanți, cum sunt: șocuri nervoase, traume psihice, sau după unele boli. În cazuri mai rare, ea apare în perioada verbală, de obicei concomitent cu intrarea copilului în școală. De cele mai multe ori, se accentuează în perioada adolescenței, completându-se cu o logofobie gravă sau logonevroză. Dezvoltarea intelectuală a copilului bâlbâit se situează în limitele normalului. Prin complicațiile psihice secundare pe care le generează (timiditate, teama de a pronunța anumite sunete și cuvinte, de a răspunde la lecții, instabilitate emotivă, izolare de colegi), bâlbâiala are repercusiuni negative asupra dezvoltării personalității.

Logonevroza ar putea fii definită pe scurt ca bâlbâiala pe fond nevrotic.

Tulburări de vorbire pe bază de coree (tic, boli ale creierului mic) sunt determinate de ticuri nervoase sau coreice ale mușchilor aparatului fonoarticular, fizionomiei ce se manifestă concomitent cu producerea vorbirii.

Tahilalia (din limba greacă “tachys” - repede și “lalein” - a vorbi) este o tulburare a ritmului de realizare a programelor articulatorii, caracterizată printr-o vorbire prea accelerată. Viteza accelerată a vorbirii tahilalice poate fi atât de natură organică, cât și funcțională. Exceptând formele grave, precum este battarismul, nu apar tulburări lexico-gramaticale evidente; în cazurile de battarism, vorbirea este nu numai exagerat de rapidă, dar și deformată, negramaticală și incorectă. Copilul tahilalic este, în general, nervos. El prezintă agitație motorie și instabilitate pronunțată a atenției.

Bradilalia (din limba greacă “bradys” - încet și “psyche” - suflet) este opus tahilaliei; se manifestă prin vorbire rară, încetinită cu exagerări maxime ale acestor caracteristici în handicapurile accentuate de intelect. Se observă în diferite forme de tulburări mintale sau nervoase (stări depresive, anxioase, inhibiție, stări emoționale, epilepsie, tumori cerebrale).

C. Tulburări de voce

Tulburările de voce se manifestă prin scăderea intensității și timbrului vocii până la pierderea lor totală. Din cauza oboselii vocii, în fonoastenie, coardele vocale nu mai au capacitatea de a imprima o intensitate normală a vorbirii; în disfonie are loc o pierdere parțială a vocii, a expresivității și intonației ei, iar în afonie sonoritatea vocii dispare total.

Muțenia patologică a vocii este tulburarea de voce, care se datorează transformărilor de la nivelul sistemului endocrin, manifestate prin schimbarea hormonilor sexuali care influențează structura anatomo-funcțională a laringelui, dar și modalitățile de reacție ale sistemului nervos central. Decelăm aici și o mutație fiziologică (normală) a vocii la vârsta pubertății la băieți.

În cazul acromegaliei, copilul capătă o voce bărbătească, iar la unele forme de insuficientă dezvoltare a aparatului din naștere apare schimbarea vocii mai timpuriu (8-11 ani).

Răgușeala vocală este o altă formă a vocii, se manifestă prin pierderea expresivității și a vocii.

Există două forme de răgușeală:

a) răgușeala organică, care poate fi în urma unei îmbolnăviri a laringelui, a căilor respiratorii (răceală, gripă) sau îmbolnăvirea ganglionilor;

b) răgușeală funcțională, apărută în urma unei stări puternice sau a folosirii excesive a vorbirii.

Fonastenia și pseudofonastenia (din limba greacă, “phone” - voce și “astheneia” - slăbiciune) sunt tulburări de voce de natură funcțională determinate de supraefort vocal (la cântăreți, avocați, profesori), pseudofonastenia este tulburarea întâlnită la copii (preșcolari) în urma manifestărilor prea zgomotoase, care suprasolicită aparatul fonator (strigăte exagerate).

Gradul tulburărilor fonastenice variază de la disfonii neînsemnate până la o afonie totală. În prevenirea lor, un rol deosebit revine măsurilor de igienă și profilaxie vocală, care au o importanță însemnată în perioada de mutație fiziologică a vocii. Din cauza dificultăților de emisie vocală, copilul fonastenic devine susceptibil, iritabil, necomunicativ, ursuz. În unele cazuri pot apărea unele recidive, prognosticul fonasteniei este favorabil.

Disfonia apare ca urmare a tulburărilor parțiale ale mușchilor laringelui, ale coardelor vocale și a anomaliilor constituite de nodulii bucali sau polipi.

Dereglările și spasmele respiratorii produse în urma a unui tonus muscular slab sau pe baza tracului, a emoțiilor, a șocului, a anxietății, pot determina instabilitatea vocii, inhibiția ei, monotonia și caracterul șters, nediferențiat sau chiar șoptit.

Afonia (din limba greacă “a” - fără și “fone” - sunet) este lipsa totală a sunetului vocal, boala laringelui, care poate proveni din inflamații, abcese, paralizie, răceală subită a coardelor vocale sau strigăte forțate. Afonia poate fi determinată și de dereglări psihice puternice, emoții, stres, complexe de inferioritate, care acționează pe un fond de hipersensibilitate a sistemului nervos. Se deosebește de răgușeală, unde sunetul vocal există, însă într-un volum redus.

D. Tulburări polimorfe

Această categorie a tulburărilor de limbaj cuprinde alalia și afazia, care sunt tulburări grave, cu implicații negative complexe în comunicare și relaționarea cu cei din jur, și în evoluția psihică a logopaților.

Alalia (din limba greacă “alalie” - fără vorbire) este o tulburare gravă de vorbire, care constă în imposibilitatea unei persoane de a vorbi, deși are auzul normal; persoana în cauză emite cel mult niște sunete fără înțeles. Cauzele alaliei sunt multiple: lipsa de dezvoltare

a imaginii cerebrale, în care se elaborează înțelegerea și expresia vorbirii deficiente în dezvoltarea auzului fonematic, a văzului.

Atitudinea copilului alalic: este retras, tăcut; el preferă singurătatea. El reacționează violent, nervos, când este solicitat mai stăruitor să vorbească.

Această imposibilitate de a stabili relații verbale cu alți copii și izolarea de alte persoane constituie la o întârziere în dezvoltarea psihică normală a copiilor alalici.

Afazia (din limba greacă “a” - fără și “phases” - cuvânt, vorbire) este o tulburare a funcțiilor limbajului, datorată afectării centrilor nervoși. În formele de afazie motorie predomină tulburări expresive, orale sau grafice, iar în cele senzoriale predomină tulburările receptive de înțelegere a cuvintelor. Tulburările sunt asociate cu predominarea unei din cele două componente, motorie sau senzorială, dar există forme cu caracter mixt de afazia senzorial-motorie, care apare la copii în urma unor boli cerebrale (encefalite, traume cranio-cerebrale etc.).

Sub aspectul simptomatologiei, afazia se aseamănă cu alalia, de se deosebește doar printr-o simptomatologie neurologică mai pronunțată. De asemenea alalia este congenitală. Iar afazia este întotdeauna dobândită. La afazic, spre deosebire de alalic, sunt conservate unele elemente verbale. Prognosticul logopedic al afaziei

este diferențiată în funcție de vârstă: la copii este înlăturată total; la tineri se obțin uneori unele ameliorări; la vârstnici posibilitățile de refacere a limbajului sunt mai limitate.

E. Tulburări de dezvoltare a limbajului

Aceste tulburări de limbaj determină dificultăți în comunicare, în exprimare și în înțelegerea vorbirii celor din jur. Așa numitele retarduri sau întârzieri în vorbire sunt caracteristice pentru acei copii care nu ating nivelul mediu al dezvoltării vorbirii pentru vârsta respectivă. La aceștia vocabularul este sărac și redus, mai cu seamă la cuvinte uzuale, iar posibilitățile de formulare propozițională sunt foarte limitate, ceea ce se reflectă atât în aspectele fonetice, lexicale, cât și în cele gramaticale.

În această categorie a tulburărilor de limbaj sunt incluse: mutismul psihogen, mutismul electiv sau voluntar și retardul în dezvoltarea generală a vorbirii.

Mutismul electiv este o reacție nevrotică, pasivă de apărare, care se manifestă printr-o blocare a vorbirii în condiții de stres afectiv. Această tulburare de limbaj se mai numește, în unele lucrări logopedice, mutism psihogen sau mutism voluntar.

Mutismul selectiv poate avea două forme:

- a) Mutismul de situație, când copilul refuză să vorbească în anumite situații;
- b) Mutismul de persoane, când copilul refuză să vorbească cu anumite persoane, deși vorbește cu părinții sau cu prietenii.

Mutismul poate fi temporar și poate dura de la câteva săptămâni la câțiva ani.

Tulburarea apare mai frecvent la copii hipersensibili și este însoțită de tulburări comportamentale, cum sunt: irascibilitatea, timiditatea excesivă, încăpățânarea, brutalitatea față de ceilalți copii.

În majoritatea cazurilor, mutismul selectiv este determinat de: atitudini greșite ale părinților în educație care traumatizează afectiv copilul, emoții, șoc, stresul, eșecuri școlare repetate, frustrări create de manifestări afective diferențiate ale părinților față de copiii din familie.

Deși nu comunică, copiii cu mutism selectiv înțeleg, în general, foarte bine vorbirea celorlalți și nu prezintă deficiențe de ordin intelectual.

Diagnosticul diferențial al mutismului selectiv se stabilește față de alte tulburări de limbaj, care sunt:

- a) Surditatea, în care absența limbajului copilului este determinată de deficiențele de auz.

b) Alalia, în care tulburarea este congenitală, are caracter permanent, iar comportamentul verbal al copilului nu se modifică în raport cu ambianța.

c) Autism, în care comportamentul verbal este inadecvat, și lipsesc total raporturile afective și de relație cu mediul ale subiectului.

Mutismul psihogen se manifestă la copiii care au în antecedente factori care au determinat formarea unei structuri neuropsihice labiale și foarte slabe, cum ar fi: boli somatice debilitante, răsfățul, cocoloșirea, atitudinea dezaprobatore permanentă, atitudinea inegală în familie și școală, dificultăți de contact verbal.

Această tulburare de limbaj manifestă în frecvență în perioada terapeutică momente de stagnare, de regresie, în funcție de situațiile exterioare, și unii factori inhibitori. Când mutismul psihogen apare la o vârstă mică, antepreșcolară, poate constitui o frână în calea evoluției psihice a subiectului, mai ales în direcția adaptării la mediul social, a dezvoltării și a însușirii limbii.

F. Tulburările limbajului bazat pe disfuncții psihice

Această categorie are în componență o serie de tulburări relativ asemănătoare prin forma de manifestare și prin efectele negative în exprimarea conținutului de idei.

Caracteristicile pentru aceste tulburări de limbaj sunt dereglări generale în formulare, expresia verbală deficitară și reducerea cantitativă a înțelegerii comunicării. Foarte active sunt fenomenele de exprimare incoerentă, cum sunt: dislogiile, ecolaliile, jargonofaziile și bradifaziile. Aceste fenomene pot fi considerate ca efecte secundare ale disfuncțiilor psihice generale.

Dislogia (din limba greacă “dys” - dificil și “logos”- cuvânt, gândire) este o tulburare caracterizată printr-o insuficientă dezvoltare a funcțiilor limbajului, provenind dintr-o dereglare a sistemului nervos central.

Ecolalia (din limba greacă “echo” - sunet și “lalein” - a vorbi) se manifestă prin repetarea nemotivată, involuntară a unui cuvânt sau a unei propoziții spuse de o altă persoană aflată de față. Ecolalia poate fi un simptom al afaziei sau o formă a ei; în cazul acesta, bolnavul care repetă cele spuse nu poate găsi el însuși cuvinte nimerite. Există și o altă formă de ecolalie, cea fiziologică, normală, prezentă

la copiii mici care învață să vorbească; aceștia uneori repetă ultimile cuvinte ale propozițiilor auzite.

Brafazia (din limba greacă “bradys”-încet, greoi și “lalein”-a vorbi) se manifestă printr-o vorbire cu un ritm prea lent, greu de urmărit, care se manifestă mai frecvent la ologofreni. Prognosticul bradifaziei este favorabil, ritmul vorbirii fiind totdeauna susceptibil de ameliorări, deși în unele cazuri nu se poate obține o fluentă perfectă.

Autismul infantil este un sindrom manifestat prin ruperea de realitate a subiectului, prin absența contactelor cu persoanele din jur, fie ele adulți sau copii, și prin neadecvarea manifestărilor afective.

Apariția limbajului la autiști este întârziată și are la început un puternic caracter reproductiv calitativ și nu de comunicare. Tulburările de limbaj la autiști constau în: ecolalii imediate, întârziate sau inversate, precum și în folosirea neadecvată a pronumelui personal; stereotipii și perseverări. Vocea copilului imită de obicei vocile celor din jur.

Copilul nu este afectuos și atașat față de mamă sau de alte persoane; nu protestează, când mama se îndepărtează de el. Râsul, plânsul și zâmbetul nu sunt adecvate situațiilor reale de viață în care este pus copilul, poate să plângă sau să râdă nemotivat.

Copilul autist nu manifestă frică față de pericolele reale, dar poate să se sperie de stimuli obișnuiți.

Comportamentul copilului se caracterizează printr-o atitudine de izolare față de mediu, o totală indiferență față de persoanele din jur, reacții de proteste vehemente, când aceste persoane îi invadează spațiul intim. Este neatent la ceea ce i se spune, dă impresia că nu aude, nu-și fixează privirea asupra persoanelor din jur și nu caută contactul vizual cu aceștia.

Copilul autist demonstrează o bună memorie pentru aranjamentele spațiale și manifestă o nevoie obsesivă pentru imuabil, are o aversiune la schimbări. El prezintă o atenție, o selecție, este puternic atras de obiecte lucioase sau altele în mișcare sau în pendulare; iubește muzica și studiază obiectele, ducându-le la marginea câmpului vizual lateral prin pipăire, prin zgâriere și prin gustare.

G. Tulburări ale scris-cititului

Etimologic, cuvântul “*disgrafia*” vine din limba greacă “dys”-dificil și „graphie”- scriere, care înseamnă dificultatea de învățare a scrierii corecte de copiii normali mintal, datorită unor insuficiențe motorii, unor tulburări emoționale sau unor afecțiuni neuropsihice,

fără atingerea semnificației sistemului simbolic al scrisului. Afectează mai ales procesul de consolidare și de automatizare a scrierii ca mijloc de comunicare.

Disgrafia este o tulburare în sfera însușirii și executării scrisului pe fondul unei instruirii și educații adecvate la o vârstă proprie unui astfel de achiziții.

Disgraficul (copilul cu disgrafie) își însușește parțial scrisul, dar prezența omisiunii, inversării, repetării, substituirii, confuzii de litere, o linie sau o tușă chinuită, tremurată, inegală, forme de mărimi inadecvate între litere, legături absente sau nefirești, înclinarea exagerată sau inversată, spațialitate ignorante, integrare în pagină inestetic, neglijarea regulilor gramaticale și ortografice.

Termenul “*dislexie*” vine tot din limba greacă “dys”-dificil și “lexie”-cuvânt, citire, care înseamnă “dificultatea în învățarea citirii corecte la subiecții normali mintal, datorită unei slabe coordonări a proceselor senzoriale, motrice și intelectuale implicate de actul citirii, precum și unei influente sincronizări a stimulilor grafici externi cu conținuturile ideative referitoare la cuvintele percepute și citite. Afectează mai ales procesul de consolidare și de automatizare al citirii, ca instrument de comunicare-învățare.

Dislexia este tulburarea însușirii și exercitării cititului adecvat la o vârstă proprie unei astfel de achiziții.

Dislexicul, în tentativa de a citi un text tipărit familiar se va poticni mereu, va improviza, omite, înlocuiri, va repeta, va inversa unități fonetice, va omite cuvinte și rânduri întregi, va avea o voce fadă (lipsită de expresie), ternă (lipsită de intonație), va ignora semnele de punctuație, va fi chiar și defensiv în fața textului pe care nu îl înțelege, nu îl acceptă și chiar începe să se teamă de actul de a citi.

Alți termeni cunoscuți în literatura de specialitate, privind tulburările de limbaj sunt “alexia” și “agrafia”. Cuvântul “alexia” provine din limba greacă “a”- fără și “lexie”- cuvânt, care înseamnă, “incapacitate patologică (congenitală sau dobândită) de a înțelege limbajul scris, datorită unei asocieri între o tulburare a gândirii simbolice cu o formă de agnozie vizuală, fără ca subiectul să prezinte tulburări ale limbajului oral sau ale capacității de a scrie corect. El nu poate citi din cauza unei leziuni a semisferei cerebrale stângi, care implică un deficit specific de percepere a semnificației cuvântului scris.”

Termenul “agrafie”, din limba greacă “a”- fără și “graphein”- a scrie, înseamnă “incapacitatea de a comunica prin scris, cu toate că persoana prezintă un nivel mintal normal și o motricitate integră. Agrafia poate fi constituțională sau dobândită. Fenomenul este rar întâlnit și uneori se asociază cu tulburări afazice, caz în care apare ca o pierdere patologică a posibilității de a scrie.

Etiologia tulburărilor scris-citit

Data fiind complexitatea etiologiei dar mai ales, că de cele mai multe ori, în provocarea tulburărilor scris-cititului, nu acționează o singură cauză, ci mai mult precizarea lor este extrem de dificilă. Trebuie subliniat, că mulți autori de formație medicală insistă exagerat de mult pe o etiologie ce are ca bază deficiențe ale creierului și pe care noi le afirmăm în afexie și agrafie, dar numai parțial sau numai în unele cauze de dislexie și disgrafie.

Mulți autori sunt de părere că, ideile lor fiind diferite, există cauze care pot determina tulburările ale scris-cititului, care se referă la insuficiențele funcționale ale elaborării limbajului, ale îndemnării manuale, ale schemei corporale și ale ritmului; lipsa omogenității în lateralizare, stângăcia, însoțită de o lateralitate încrucișată, tulburări spațio-temporale, influența eredității; dificultăți în elaborarea limbajului, manifestate sub forma unei întârzieri în timpul dezvoltării ei; afecțiunile corticale și tulburări ale văzului și auzului ce influențează negativ formarea deprinderilor de citit-scris.

Clasificarea etiologiei a tulburărilor citit-scrisului după Emil Verza sunt:

a) factori care aparțin subiectului:

moștenire genetică;

- deficiențe de ordin senzorial;
- gradul dezvoltării intelectuale;
- slaba dezvoltare psihomotorie;
- starea generală a sănătății;
- reacțiile nevrotice;
- motivația scăzută;
- instabilitatea emoțională;
- insuccesul școlar;
- tulburările de pronunție;
- tulburările de ritm și fluentă a vorbirii.

b) factori de mediu:

- naștere grea cu travaliu soldat cu leziuni pe creier;
- nivelul socio-cultural scăzut al familiei;
- slabul interes manifestat față de pregătirea copilului;
- slaba integrare în colectiv a copilului;
- metode și procedee necorespunzătoare pentru învățarea citit-scrisului (impuse în familie).

Cauzele acestor tulburări sunt:

1) Cauze care aparțin subiectului:

- ◆ insuficiențe funcționale ale creierului;
- ◆ întârzieri și dificultăți în limbajul oral;
- ◆ sindromul de nede dezvoltare a vorbirii;
- ◆ deficiența mintală;
- ◆ meningită, encefalită și sechelele acestora;
- ◆ tulburări de orientare;
- ◆ lateralitatea inversată, încrucișată și nefixată (folosirea ambelor mâini în care nu există partea dominantă);
- ◆ nede dezvoltarea autopercepției schemei corporale;
- ◆ deficiențe psiho-motrice;
- ◆ boli psiho-somatice infantile;
- ◆ cauze ereditare.

2) Cauze care aparțin mediului ambiant (familiar și școlar):

- ◆ dezinteresul familiei sau hiperprotecție sau toleranță excesivă;
- ◆ nivelul cultural și material scăzut;
- ◆ dezorganizarea regimului zilnic al copilului (nu are timp de odihnă);
- ◆ absenteismul, neintegrarea în colectivitatea școlară; nestimularea la lecții, necunoașterea psihopedagogică a copilului; frecventarea de anturaje nefaste;

◆ etichetarea prematură ca fiind slab la învățătură.

3) Cauze rezultate din intersecția celor două cauze anterioare:

◆ tulburări și carențe afective, volitive, comportamentale;

◆ situații stresante, stări de șoc;

◆ bilingvismul sau polingvism.

Clasificarea dislexo-disgrafiilor după Falinski

Forme de disgrafii:

a) agafia – incapacitatea totală de a desena și de a scrie (tumoare, leziune cerebrală);

b) paragrafia, când copilul poate să scrie separat literele și nu unite;

c) disgrafia structurală;

d) disoltografia, când nu utilizează sunetele de punctuație și de ortografie;

e) scrierea defectuasă.

Dislexiile sunt împărțite în:

- alexie, incapacitatea de a citi, cecitate verbală provocată de unele leziuni în centrul nervos;

- paralexie, citește literele separat;
- dislexia propriu-zisă (legatenia), nu este capabil să-și însușească citirea;
- dislexia structurală, când apar omisiuni, adăugiri și înlocuiri.

5. DEFICIENȚE FIZICE (DUPĂ D. CARANTINĂ, 1998)

5.1. Delimitări conceptuale în deficiențele fizice

Sunt considerate handicapate fizic acele persoane care prezintă deficiențe fizice suficient de grave pentru a împiedica sau a face dificilă derularea normală a vieții cotidiene. În general, când se vorbește de deficiențe fizice, se au în vedere infirmitățile motorii, dar pot fi incluse în această categorie și deficiențele funcției cardio-respiratorii, care influențează negativ capacitatea fizică.

5.2. Clasificarea deficiențelor fizice

În Clasificarea Internațională a deficiențelor, incapacităților și handicapurilor, varianta experimentală adoptată de OMS, deficiențele scheletului și ale aparatului de susținere sunt interpretate într-un sens larg, cu excluderea organelor interne, ca o

reflectare a dispoziției corpului și a părților sale vizibile, incluzând alterările mecanice și funcționale ale feței, capului, gâtului, trunchiului și membrelor, precum și lipsa totală sau parțială a membrelor.

Deficiențele și deformările care nu afectează mișcările corpului, cum ar fi diformitățile nasului, ale capului, tumori, depigmentări, cianoze sunt incluse în categoria deficiențelor estetice, acestea fiind considerate a avea consecințe în relațiile sociale. Astfel, principalele deficiențe ale scheletului sunt:

- a) deficiențe ale feței, capului, gâtului:
 - deficiențe mecanice și motrice ale maxilarului – ocluzie, prognatism, timus (contractie spastică involuntară a mușchilor mandibulei ce împiedică deschiderea gurii);
 - paralizie facială, mișcări involuntare ale feței (ticuri, mișcări automate), mișcări anormale ale capului, torticolis;
- b) deficiențe ale staticii și posturii: devierea coloanei vertebrale (cifoze, lordoze, scolioze), mișcări involuntare ale corpului, mișcări bizare sau stereotipe, cum ar fi balansarea sau legănarea;

- c) deficiențe ale staturii și corpulenței: nanism, gigantism, achondroplazie, obezitate;
- d) deficiențe mecanice și motrice ale membrilor superioare: anchiloze, articulații instabile, dislocări și înțepeniri cu reducerea sau pierderea mișcării;
- e) deficiențe mecanice și motrice ale membrilor inferioare, cauzate de lungimea inegală, luxații congenitale de șold, deficiențe ale genunchiului, gleznei, piciorului, etc.
- f) paralizie spastică a mai multor membre (hemiplegii, paraplegii, tetraplegii);
- g) paralizie cu flascățea membrilor;
- h) alterări ale axei membrilor: restul unui membru asemănător amputării ce se poate manifesta ca un defect de dezvoltare (amelie, facomalie, apodie) sau ca rezultat al intervenției chirurgicale.

Aceste deficiențe au un caracter handicapant, în funcție de intensitatea deficitului funcțional. Deficiențele ușoare nu-i împiedică pe copii să se adapteze cerințelor vieții școlare.

Deficiențele funcționale medii, accentuate și grave impun un program diferit, care să conțină măsuri medicale, psihopedagogice și sociale care să creeze cadrul de dezvoltare a potențialului restant.

Sunt considerate deficiențe funcționale medii deficiențele posturale, de statică și coordonare unilaterală, în care forța, precizia, viteza mișcărilor sunt în permanență scăzute, precum și hiperkinezia, realizarea dificilă a gesturilor care, potrivit Legii 53 / 1992 sunt asimilabile gradului III de invaliditate.

Deficiențele funcționale accentuate sunt considerate acele deficiențe de statică și mers în care individul se deplasează cu mare dificultate prin forță proprie, nesprijinit sau cu sprijin în baston sau cârje, deficiențe de manipulare bilaterală, cu imposibilitatea efectuării eficiente a gestualității și care sunt asimilabile gradului II de invaliditate.

Deficiențele funcționale grave sunt asimilabile gradului I de invaliditate, necesitând îngrijire și supraveghere permanentă, în această categorie fiind incluși subiecții nedeplasabili prin forță proprie, cu deficiențe de manipulare totală și a căror mobilizare nu se poate face decât cu ajutorul unei alte persoane.

5.3. Specificul dezvoltării psihice și integrării școlare și sociale

În lipsa altor handicapuri, copiii ce prezintă asemenea deficiențe pot fi normali din punct de vedere al capacităților intelectuale,

gradul de deficiență motorie nefiind în raport direct cu inteligența, dar prin situația lui de excepție, copilul cu handicap fizic este mai vulnerabil decât copilul care nu prezintă un asemenea handicap. Educatorul are rolul de a crea acel mediu în care copilul să își diferențieze trăirile și să se structureze ca personalitate. Performanțele, capacitățile și incapacitățile sale trebuie privite în corelație cu felul în care își percepe propria personalitate.

În școala integrată, activitatea educațională este centrată asupra copilului. Acceptând că diferențele dintre oameni sunt normale, învățământul trebuie adaptat la cerințele copilului și nu invers, trebuie incluse și dezvoltate programe de readaptare care să favorizeze independența personală. Readaptarea presupune un ansamblu de măsuri care să garanteze confortul fizic și psihologic. Deficientul trebuie instruit să-și folosească mecanismele compensatorii și să-și dezvolte propriile forțe disponibile.

Pentru a avea succes în activitatea cu acești copii este nevoie, ca și pentru toți ceilalți copii cu cerințe educative speciale, de colaborarea familiei, de atitudinea înțelegătoare a tuturor celor care intră în contact cu ei, astfel încât să atingă un nivel de dezvoltare cât mai ridicat posibil, să-și accepte handicapul și să-și dobândească acele capacități ce sunt necesare pentru a surmonta obstacolele cărora trebuie să le facă față și să fie pregătiți pentru o viață

autonomă. Simplul fapt de a fi împreună cu copiii fără deficiențe, în lipsa unei susțineri suficiente, nu sporește ci diminuează șansele de reușită.

Obiectivele vizate și mijloacele folosite pentru a asigura integrarea acestor copii trebuie înscrise într-un proiect individual adaptat nevoilor posibilităților și dorințelor fiecăruia, familia fiind antrenată în realizarea acestui proiect și informată asupra evoluției copilului. În situațiile în care este nevoie de măsuri speciale de semiproteze și protezare, familia va fi consultată în vederea folosirii acestora, ortezele sau protezele fiind adaptate individual. Ortezele sunt aparate sau dispozitive care controlează sau mențin o postură: atele de poziție pentru menținerea posturii funcționale în paralizii, corsete pentru diferite afecțiuni ale coloanei, aparate ortopedice. Protezarea presupune înlocuirea unor organe sau segmente dintr-un organ cu un aparat sau dispozitiv de înlocuire – antebraț, mână, membru inferior, etc.

Problemele principale privind integrarea școlară a copilului cu handicap fizic privesc: deplasarea acestuia la școală, folosirea instrumentului pentru facilitarea scrierii la cei cu probleme grave de prehensiune, alegerea accesoriilor pentru a putea să execute activitatea într-o postură care favorizează normalitatea tonusului muscular, pentru cei cu afecțiuni motorii cerebrale. La această din

urmă categorie de copii, dificultățile sunt accentuate de faptul că urmările acestor afecțiuni nu vizează numai motricitatea ci și alte tipuri de tulburări:

- tulburări senzoriale:
vizual, auditive, tactile;
- tulburări de vorbire, ce pot cuprinde peste jumătate din numărul lor;
- deficiențe intelectuale;
- anxietate, tulburări afective, ce au ca rezultat distorsiuni ale înfățișării prin contracțiile permanente ce le implică.

Copilul spastic prezintă o hipersensibilitate accentuată, având contracții musculare intense la zgomote bruște sau la oricare stimul neașteptat. La copilul atetozic mișcările involuntare sunt declanșate mai ales de stimuli emoționali excesivi.

Anxietatea este accentuată de faptul că în acest tip de afecțiuni este afectată identitatea corporală, experiența sinelui, care se câștigă prin mișcare senzație de confort și de echilibru. Educatorul trebuie să i se adreseze cu multă delicatețe, să evite abordările neașteptate, să-și expună intențiile gradat, activitățile să fie cât mai atractive,

astfel încât, absorbit de aceasta, să devină mai puțin anxios și mai sigur în mișcări.

Pentru copii nedeplasabili se poate asigura pregătirea școlară la domiciliu, pe toată durata învățământului obligatoriu, la solicitarea părinților și în urma expertizei complexe multidisciplinare (psihologice, medicale și de asistență socială), inspectorul școlar hotărând înscrierea acestora la școala cea mai apropiată sau la orice altă școală. Lor li se fixează un curriculum adaptat situației, un număr mediu săptămânal de lecții susținute la domiciliu, de cadre didactice care fac parte din corpul didactic al școlii la care sunt înscriși, pe perioada școlarizării având drepturi și obligații la fel ca orice elev din școala respectivă.

Școala poate organiza participarea acestor copii la activități comune cu ceilalți copii din școală. Părinți, de asemenea, trebuie să fie încurajați să participe la activitățile educative din școală, de unde pot să își însușească tehnici eficiente și să învețe cum să organizeze activitatea extrașcolară.

6. TULBURĂRILE DE COMPORTAMENT

(după E.F. Verza, 2002)

6.1. Delimitări conceptuale în handicapul de comportament

Privind comportamentul ca expresie a relației dintre dezvoltarea psihică, dintre dezvoltarea personalității și mediul ambiant în care trăiește individul, putem defini tulburările de comportament ca fiind abateri de la normele și valorile umane pe care le promovează un anumit tip de societate. Aceste abateri comportamentale se înscriu în categoria largă a fenomenelor de inadaptare și pot apărea la toate nivelurile de vârste, fiind determinate de o varietate de cauze. În limbajul științific, ca apoi și în cel cotidian, handicapurile de comportament sunt cuprinse în mod sintetic în conceptul de delinvență și uneori în cel de infracțiune (mai cu seamă în științele juridice). Acești termeni desemnează comportamente nonconformiste, care pot produce efecte negative atât pentru individ, cât și pentru societate. Din punct de vedere psihologic, indivizii care au astfel de comportamente aberante prezintă dezechilibre sau o stare deficitară în unul sau pe toate palierele: maturizării psihice, structurării conștiinței de sine și a conștiinței sociale, asimilării normelor și valorilor social-culturale, structurării motivațional-caracteriale, maturizării sociale.

6.2. Cauze și forme ale handicapului de comportament

Manifestările comportamentale sunt trăite în plan intern și au un efect circular. Ele se repercutează asupra subiectului, menținând sau modificând caracteristicile ce au stat la baza declanșării acțiunilor respective.

Putem vorbi de o categorie de tulburări în planul intern cum ar fi: anxietăți și frustrări prelungite, instabilitate afectivă și depresii, ostilitate și neacceptarea colaborării cu cei din jur, slabă dezvoltare afectivă și indiferență, trăirea unor tensiuni, repulsie față de activitate, dereglări ale unor funcții psihice.

Acestea determină tulburări de comportament de forme și intensități diferite, în funcție de profunzimea dereglărilor interioare și se concretizează, în exterior, prin: reacții afective instabile (frică, mânie, furie, râs și plâns nestăpânit), agitație motorie și mișcări dezorganizate, negativism și apatie, teribilism și infatuare, furt vagabondaj, cruzime și aberații sexuale.

Referindu-se la tulburările de comportament specifice perioadei copilăriei, Mariana Neagoe (1997) subliniază că ele apar pe fondul unor tulburări de dezvoltare, care determină o încetinire a dezvoltării prin menținerea infantilismului, o dezvoltare inegală în unele paliere psihice și o afectare a dezvoltării sau distorsionare a acesteia.

Toate acestea pot avea la bază o multitudine de cauze care acționează asupra subiectului în diferite perioade de vârstă. De asemenea, putem vorbi de sechele datorate leziunilor cerebrale, ca urmare a meningo-encefalitelor sau a traumatismelor, modificări chiar endocrine produse brusc în condiții de mediu nefavorabil și chiar disconfortul psihic și influențele negative ale anturajului.

Lipsa de supraveghere a copiilor, lipsa de autoritate sau autoritatea tiranică a părinților, împreună cu neantrenarea în activitate, pot duce la părăsirea domiciliului și chiar la vagabondaj. Astfel de fenomene se asociază aproape întotdeauna, cu carențe afective ce determină trăsături egocentrice sau subestimare.

Tulburările de comportament au o frecvență diferită de la o perioadă de vârstă la alta. Uni autori (1970) consideră că tulburările de comportament au cea mai mare frecvență între 14 – 16 ani, după care se atenuează, iar când se manifestă la vârsta adultă capătă forme caracterizate cu tendințe spre stabilizare și repercusiuni antisociale.

În literatura de specialitate (U. Șchiopu, E. Verza, 1997) s-a pus în evidență și relația dintre infracționalism și conduitele sexuale aberante, la baza cărora se află frecvent experiențe negative de tipul:

- incidente sexuale negative, produse în copilărie, prin reacția unui homosexual, a incestului sau a violului, generează imaturitatea în conduite;
- lipsa unor modele sexuale concrete în familie, cu care să se identifice, determină sporirea riscului apariției conduitelor aberante;
- izolarea excesivă față de alți copii și lipsa de educație socială determină teamă față de sexul opus și dificultăți de stabilire a relațiilor interpersonale;
- imaturitatea și lipsa de responsabilitate determină dependență de ceilalți și sugestibilitate crescută la influențele negative;
- teama și anxietatea excesivă din familie și școală duce la tensiuni și hiperacțiuni sexuale;
- viața austeră și deprivarea de relații sociale creează un risc în adaptarea comportamentelor mature și armonice.

În cazul băieților, manifestările cu caracter aberant sunt mai evidente și au o frecvență mai mare față de cele ale fetelor, dar, în ambele cazuri implicațiile complexe sunt evidente în viața socială.

Minciuna este o abatere comportamentală simplă, care semnifică formarea particularităților negative ale personalității. Ea evoluează diferit în funcție de vârstă. Dacă în perioada antepreșcolară

minciuna nu poate fi luată ca o notă specifică a unui caracter negativ ci doar ca o formă de adaptare la condițiile noi, cu timpul, prin repetare, devine o obișnuință și se poate transforma într-o caracteristică negativă a personalității.

Furtul este o altă abatere comportamentală cu consecințe mult mai grave. La baza acestuia se află un sentiment de frustrare cu pronunțate note de anxietate. Furtul efectuat în bandă îmbracă forme mai grave și cu pronunțate note de teribilism, mai ales la tineri. În ontogeneza timpurie, în forma sa incipientă, furtul se manifesta prin însușirea forțată sau brutală a jucăriei partenerului, ca mai târziu să ia forma însușirii obiectului dorit pe furiș, cu o nuanță de lașitate.

Jaful ca formă de comportament foarte gravă are loc sub amenințare sau ca act de violență. Situația devine tragică și complexă când jaful se produce în bandă, evidențiind caracteristicile personalității dizarmonice, a unei dezvoltări psihice scăzute în care discernământul este limitat.

Fuga de acasă și vagabondajul, ca forme de manifestare a unui comportament tulburat, apar pe același fond. Un asemenea fenomen are loc în cazul copiilor introvertiți, emotivi, anxioși, dar și la cei agitați, frustrați afectiv, neadaptați în colectiv, conflictuali și labili.

Vagabondajul, ca deteriorare comportamentală gravă, se asociază adeseori cu alte forme aberante, cum ar fi prostituția și perversiunile sexuale.

Oboseala provocată de un consum nervos rapid duce la scăderea activității intelectuale, ceea ce atrage după sine instalarea unor noi alte feluri de tulburări de comportament. O asemenea oboseală facilitează instalarea fenomenelor astenice, ce determină tulburări în plan psihic: diminuarea activității mnemonice, scăderea capacității de concentrare și incapacitatea de a îndeplini sarcini complexe.

În plan comportamental, oboseala duce la apariția anxietății, irascibilității, insomniei, scăderii apetitului pentru activitate, a manifestărilor unor dereglări ale limbajului, a încăpățănări și negativismului.

7. POLIHANDICAPUL (DUPĂ E.F. VERZA, 2002)

7.1. Delimitări conceptuale în polihandicap

Prin polihandicap se înțelege existența a două sau mai multe forme de handicap, asociate la aceeași persoană și însoțite de o varietate de tulburări.

Diversitatea tulburărilor este dependentă de gravitatea acestora și de numărul simptomelor care sunt asociate într-o formă de bază de tip sindrom. De aceea, integrarea școlară se realizează diferit, în cele

mai bune situații, parțial sau total, în funcție de profunzimea handicapului.

În cazul polihandicapului, avem de-a face cu handicapuri severe sau profunde fie într-un palier al activităților fizice și psihice, fie cu dificultăți în toate componentele principale ale activității psihofizice. Dar, putem întâlni și handicapuri singulare, reunite, și care pot fi, însă, extrem de grave (profunde) și la care componenta afectată este deteriorată total și pe toate secvențele acesteia. Astfel, apar disfuncționalități la nivel organic, care pot să afecteze, negativ, planul psihic general.

Așadar, polihandicapul se găsește în majoritatea sindroamelor handicapului de intelect, în unele deficiente fizice și în deficiente senzoriale, și mai ales în cazul asocierii lor. Dintre acestea, le vom reține pe cele mai importante, cum sunt: toate sindroamele deficienței mintale, surdo-cecitatea, autismul.

7. 2. Sindroamele handicapului de intelect

a. Sindromul Down

Acest sindrom a fost descris, în anul 1866, de Langdon Down, și se caracterizează prin triada: dismorfie particulară, întârziere mintală și aberație cromozomială.

Aceste persoane au capul mic, prezintă branhicefalie, faciesul este rotund, aplatizat, cu absența aproape completa a pomeților. Roșeață obrazilor și a vârfurilor nasului îi dă aspectul de „față de clown”.

Prezintă, de asemenea, hiperteloism, gura lor este mică, cu fisuri comisurale, permanent întredeschise, dinții neregulați implantați, cariați, inegali, limba fisurată, cu aspect lat sau îngust și ascuțit, urechi mici, neregulate, asimetrice. Gâtul este scurt, toracele este lărgit la bază, cu lordoză în poziție șezândă.

Măinile sunt mici și scurte, late și cu degete divergente. Picioarele sunt scurte, cu degete mici.

Subiectul este lent, apatic, pasiv, stă ore întregi în aceeași poziție sau se mișcă monoton.

Instabilitatea psihomotorie consta în trecerea de la docilitate la acțiuni de auto- și heteroagresivitate.

Atenția este labilă la toate vârstele, îngreunând influențarea educațională.

Comprehensiunea este redusă, iar memorarea mecanică și limbajul apar târziu. Majoritatea acestor subiecți nu reușesc să învețe să scrie, iar desenul lor rămâne rudimentar și inestetic. Vocea este răgușită, monotonă. Vorbirea este infantilă și cu tulburări de articulație.

Gesticulația rămâne mulți ani principalul mod de exprimare.

Gândirea este la stadiul concret și nu permite decât achiziția unor elemente cu caracter de stereotipie.

Memoria este predominant mecanică și întipărirea de scurtă durată; reproduc cu greu și numai în prezenta situațiilor concrete. În aceste condiții, este interesant ca au dezvoltat simțul ritmului, le place muzica și dansul. Sunt veseli și afectuoși cu persoanele cunoscute și simt nevoia să li se acorde o atenție similară din partea celor din jurul lor. Manifestă, mai ales, comportamente imitative, ceea ce presupune prezența în prejma lor a unor modele comportamentale pozitive.

Acest sindrom mai poartă denumirea de „trisomia 21” din cauza apariției unui cromozom în plus, în perechea a-21-a, astfel încât se ajunge la 47 în loc de 46 cromozomi.

Dat fiind dificultățile de dezvoltare, subiecții respectivi se încadrează în categoria de handicap sever sau profund și foarte rar în debilitatea mintală.

b. Oligofrenie fenilpiruvică (fenilcetonuria sau boala lui Folling).

Este o tulburare metabolică ereditară, o formă gravă a handicapului de intelect.

La naștere, copilul pare normal pentru primele săptămâni sau pentru primele luni. Apare apoi, o iritabilitate excesivă, o instabilitate psihomotorie, uneori crize manifestate prin convulsii.

Observăm o întârziere în dezvoltarea motorie. De asemenea, o foarte accentuată întârziere în dezvoltarea vorbirii, cu debut după 3-4 ani. De cele mai multe ori, nu realizează decât 3-4 cuvinte, însoțite de fenomenul de ecolalie. Nu depășește Q. I. de 50.

Prezintă balansări de trunchi dinainte-înapoi. Mersul este cu pași mici și cu aplecare înainte. Are o tendință permanentă de mișcare a mâinilor. La 1/3 cazuri se înregistrează crize epileptice.

Are o subdezvoltare staturo-ponderală, parul blond depigmentat, ochii de culoare albastru deschis și eczeme. Pielea este foarte sensibilă și uneori cu spargeri ale unor vase de sânge. Se încadrează doar în formele de handicap profund și sever.

Se pot elabora unele comportamente elementare de autoservire, mai ales cele bazate pe formarea reflexelor condiționate.

Diagnosticarea se poate face de timpuriu, prin analiza urinei ce conține acid fenilpiruvic.

c. Idiotia amaurotică (sau boala lui Tay-Sachs)

Aceasta disfuncție are o frecvență mai redusă. La naștere copilul da impresia de normalitate, pentru ca la 3-6 luni să devină apatic, cu o motricitate ce nu evoluează în mod normal.

La început, copilul este hipersensibil la lumină și la zgomote, iar mai târziu văzul se va degrada, progresiv, până la orbire. El nu poate apuca obiecte, nu poate ține capul ridicat, iar mai târziu se instalează paralizările și convulsiile.

Boala are un caracter ereditar, de aceea apariția ei poate interveni la diferite vârste, însă durata de viață este relativ scurtă.

Manifestă indiferență față de mediul ambiant, iar pe plan psihic dezvoltarea poate fi extrem de redusă, dar prin exerciții repetate poate fi posibilă elaborarea unor comportamente și activități cu caracter stereotip.

d. Gargoilismul

Se regăsește la categoriile de handicapați, de la formele cele mai ușoare până la cele mai grave.

Copilul are o statură mică, cu gât și membre scurte, prezintă o înfățișare de bătrân. Craniul are un aspect deformat, prin

proeminența exagerată a regiunii occipitale. Gura este mare, cu buze groase, iar nasul în forma de șa.

e. Hipertiroidismul

Este caracterizat de plasarea laterală a ochilor cu distanțe mari între ei, determinând un aspect animalic. Craniul este brahicefalic și prezintă, deseori, anomalii ale maxilarului superior. Dezvoltarea psihică este minimă.

f. Sindromul Turner

Persoanele din această categorie prezintă fața rotundă, urechi late și implantate în partea de jos a craniului, spre gât, care este scurt. Este caracterizat de asemenea de absența semnelor sexuale. Toracele este în formă de scut, cu mameloane îndepărtate. Prezintă scolioză sau cifoscolioză; ca și la hipertelorism și în sindromul Turner, ochii sunt depărtați. Acest sindrom e întâlnit numai la femei.

g. Sindromul Pseudo-Turner

Prezintă caracteristici ce fac legătura cu sindromul descris mai sus. Este întâlnit la băieți. Simptomele sunt asemănătoare cu cele ale deficienței Turner clasice, părul este aspru, gura triunghiulară (gura de pește), prezintă strabism.

Deficiența mintală e mai frecventă decât în Turnerul clasic.

h. Cretinismul endemic

Este pregnant legat de mediul de viață. Apariția acestuia se datorează de proporția insuficientă a iodului în sol sau în apă, ceea ce împiedică producerea hormonului tiroidian cu efecte în dezvoltarea psihică și cea fizică. Metabolismul este redus și prezintă imaturitate sexuală. „Cretinul” este scund, greoi cu abdomenul și craniul proeminente, picioare strâmbe, cu pleoape, cu buze, limba umflată, cu pielea uscată gălbuie și rece.

Sub aspect psihic, mișcările, mimica și pantomimica sunt rigide. Pot apărea tulburări mentale grave.

Așa cum subliniază Gh. Radu (2000), numărul sindroamelor deficienței de intelect este mult mai mare (peste 100), dar ne-am limitat la prezentarea celor cu o frecvență mai mare și care pot fi întâlnite și în școlile speciale. Deși toate acestea reprezintă, în principal, deficiențe severe sau profunde, se pot obține unele rezultate educaționale favorabile, în condițiile adoptării unor programe adaptate particularităților psihoindividuale, în cadrul intervențiilor psihopedagogice și medicale încă de la vârstele timpurii.

În toate sindroamele handicapului de intelect se găsește un mănunchi de simptome ce dau acestora configurația de handicapuri asociate (polihandicap), în care apar dereglări în activitățile psihice, personalității și comportamentului, unde dificultatea fenomenelor respective este deosebit de complexă și au semnificația de specificitate pentru categoria de handicap.

7.3. Surdo-cecitatea

Datorita asocierii surdomutității cu cecitatea se produc grave perturbări în existența individului, deoarece perceperea lumii înconjurătoare și comunicarea cu aceasta se restrânge la un număr minim de canale. La orbul surdomut sunt afectați principalii analizatori: văzul, auzul și cel verbo-motor. De aceea, socializarea și dezvoltarea psihică presupune adoptarea unor programe educaționale care să valorifice, maximal, analizatorii valizi și să determine compensarea acelor funcții specifice analizatorilor afectați. În educarea unui copil cu dublu sau triplu handicap, este foarte importantă perioada în care se produce afecțiunea, deoarece un copil polihandicapat din naștere sau la scurt timp după, nu are reprezentări vizuale și auditive și nici deprinderi de vorbire, care să se consolideze în mod obișnuit. Pe de altă parte, survenirea orbirii și

surdității, după stocarea unor imagini, face posibilă, prin antrenament și învățare, dezvoltarea compensatorie a funcțiilor specifice și a abilităților comunicaționale.

Factorii sunt, în majoritate, aceiași ca și în handicapul de vedere sau de auz, dar au o acțiune mai extinsă, mai profundă și produc modificări majore de ordin structural și funcțional (bolile infecto-contagioase, intoxicațiile, febra tifoidă, rubeola, administrarea în exces a streptomicinei, neomicinei, kanamicinei și traumatismele care afectează zonele centrale și periferice ale analizatorilor respectivi, meningitele și encefalitele).

În surdo-cecitate, deficiențele se pot instala concomitent, dar de cele mai multe ori apare mai întâi una, ca la scurt timp să urmeze și cealaltă. Este destul de greu să se depisteze aceste deficiențe de timpuriu. În primii doi ani de viață, datorită menținerii unor resturi de vedere, părinții nu sesizează starea de handicap a copilului sau se amăgesc crezând că este vorba de un fenomen trecător, și încercând tot felul de tratamente ajung să orienteze copilul spre recuperare educațională specializată abia pe la 6 - 7 ani. În cazul în care handicapul survine la preșcolar sau la școlar, vor apărea tulburări grave, dezorientare și depresie totală la copil, cât și la părinți.

Procesul educațional - recuperativ se bazează pe posibilitățile de preluare a funcțiilor afectate de către analizatorii valizi și dezvoltarea

unor capacități prin intermediul acestora, care să facă posibilă umanizarea și comunicarea cu lumea înconjurătoare. Se formează mai întâi obișnuințe, pentru satisfacerea normală a trebuințelor biologice și igienice, apoi deprinderi de recepționarea semnalelor din jur. Mai târziu, stimularea reflexului de orientare și elaborarea intereselor de cunoaștere se face prin formarea și menținerea unor reflexe condiționate. În dezvoltarea capacităților senzorial-perceptive și în organizarea cunoașterii, se respecta legitățile secvențiale de detectare, discriminare, intensificare și interpretare.

Prezența surdo-cecității, survenite la scurt timp după naștere, nu împiedică dezvoltarea capacităților intelective creative. În acest sens avem două exemple clare, Helen Keller și Olga Skorohodova, a căror handicap a survenit la 2 și respectiv 5 ani, ca urmare a meningitei și care au reușit să absoluteze o instituție de învățământ superior. Pe lângă proza și poezie, ele au descris etapele educației speciale, în lucrările : ‘Memoriile ’ și respectiv, ‘Cum percep lumea exterioară’, în care au pus în evidență modalitățile de relaționare cu mediul, de percepere a acestuia, contactul cu obiectele, formarea reprezentărilor și imaginilor, a simbolurilor și comunicării verbale etc. La noi, a atins o dezvoltare remarcabilă Vasile Avramescu care, după absolvirea universității, a devenit unul dintre cei mai apreciați

profesori dintr-o școală de nevăzători din Cluj-Napoca și care reușește să ducă o viață normală.

Este foarte greu pentru părinții unor astfel de copii, deoarece grija exagerată sau respingerea e dublată de faptul că nu știu cum să se comporte cu ei. Astfel, copiii ajung la vârsta școlară fără să posede cele mai elementare deprinderi și fără a-și putea exprima dorințele. În acest caz e fundamental contactul cu lumea, stabilit cu ajutorul analizatorului tactil. Copilul trebuie să înțeleagă că fiecare lucru are un nume, iar folosirea limbajului presupune și înțelegerea acestuia. Înțelegerea cuvântului, ca simbol al noțiunii, presupune conștientizarea faptului că fiecare obiect sau acțiune sunt reprezentate prin cuvinte, litere sau grafeme.

În activitatea cu copiii orbi-surdo-muți, explorarea mediului înconjurător, prin plimbări și excursii, permite cunoașterea reală a obiectelor, concomitent cu învățarea în numele acestora (educatorul scrie cuvintele în palma copilului). Folosirea gesturilor este importantă, de asemenea, mai ales în cazul în care copilul are o bună capacitate de imitare.

După ce sunt însușite bazele limbajului, se trece la lectura, scris și calcul. Este de înțeles folosirea limbajului Braille și a unor proteze auditive, acolo unde este cazul. Mână joacă rolul fundamental în recepția stimulilor din mediu și îndeplinește funcția de organ de

transmisie cu ajutorul gestului și dactilologiei. Formarea comunicării verbale și a gândirii verbale se bazează pe imaginile constituite prin tact și prin simbolistica gestului și a dactilemului.

În surdo-cecitate, metodologia educațională implică următoarele etape : cunoașterea nemijlocită a lumii înconjurătoare, însușirea gesticulației, formarea capacității de folosire a semnelor dactil, formarea capacității de comunicare verbală. Este important de asemenea climatul afectiv, atmosfera tonifiantă, stimularea atitudinilor pozitive și efortul constant.

Mentalitatea, atitudinile manifestate de societate față de persoanele handicapate fac parte, nemijlocit, din sistemul de șanse ce li se acordă acestora, pentru dezvoltare în mediul ambiant.

7.4. Autismul

Termenul a fost formulat de Bleuler, la începutul secolului. El se referea la dereglări secundare de natură psihogenetică pe care le

raporta la o categorie definitorie de tulburări primare. Acestea din urma se regăsesc și în autism, și constau în dereglări ale asociațiilor de idei, întreruperea fluxului ideativ, dereglări de limbaj și stereotipii, stări de excitație puternică, ce alterează cu cele de depresie, dereglări neuro-vegetative, secondate de halucinații în plan psihic. Mai târziu, conceptul de autism a fost bine conturat și definit în raport cu alte categorii de handicap, însă este considerat ca fiind controversat în raport cu caracteristicile comportamentale și manifestarea funcțiilor psihice ce le generează pe parcursul vieții individului.

Etiologic, termenul de autism provine de la cuvântul grecesc 'autos' care înseamnă 'însuși' sau 'eu-l propriu' și de la accepțiunea dată autismului de L. Kanner, ca fiind retras și mulțumit de sine însuși.

S-au făcut multe studii asupra frecvenței cazurilor de autism. Spre exemplu, în 1964, cu ocazia unui experiment efectuat în Anglia, pe populația infantilă, cuprinsă între 8-10 ani, au fost depistați 4-5 copii la 10000, care prezentau semne evidente de autism. Un alt studiu, făcut în Danemarca, a confirmat, aproximativ, aceleași date. Concluzia este că în țările dezvoltate frecvența autismului este mai mare față de țările slab dezvoltate, ca urmare a mortalității infantile sporite în acestea din urmă.

O alta cauza a acestei concluzii este următoarea: copiilor cu asemenea handicapuri grave, trebuie să li se asigure o îngrijire medicală specială, pentru a putea supraviețui.

În literatura de specialitate se considera că autismul are o frecvență similară cu cea a surdității și mai mare decât cea a cecității. Datele recente consemnează prevalența autismului de tip Kanner de 1/20000 de copii.

Raportată la sexe, frecvența este mai mare la băieți, aproximativ 4 la 1, față de fete.

Cercetările nu au putut demonstra transmiterea ereditară și nici existența unui caracter genetic dominant la unul din sexe, dar au confirmat existența unui număr mai mare de autiști printre copiii unici la părinți sau a primilor născuți.

Din punct de vedere etiologic, au fost elaborat:: trei categorii de teorii distincte, ce fac posibilă explicarea autismului.

1. Teoriile organice

Acestea consideră că autismul se datorează disfuncții organice., de natură biochimică sau insuficiente dezvoltări structurale a creierului.

2. Teoriile psihogene

Interpretează autismul ca pe un fenomen de retragere psihologica fata de tot ceea ce este perceput ca fiind rece, ostil și pedepsitor.

3. Teoriile comportamentale

Considera ca autismul infantil ia naștere printr-un șir de comportamente învățate și care se formează în urma serii de recompensări și pedepse întâmplătoare.

Sunt invocate, în paralel, și alte cauze, cum ar fi:

- bolile infecto-contagioase;
- traumatismele din timpul sarcinii și ale nașterii;
- cauze ereditare;
- anomalii ale creierului;
- existența hidrocefaliei, a epilepsiei ș.a.

După cum am văzut, din punct de vedere simptomatologic, paleta acestora este foarte extinsă. Sintetic, ele pot fi grupate astfel:

- a) dificultăți de limbaj și comunicare;
- b) discontinuitate în dezvoltare și învățare;
- c) deficiente perceptuale și relaționale;
- d) tulburări acționale și comportamentale;
- e) disfuncționalități ale proceselor, însușirilor și funcțiilor psihice .

a) Dificultățile de limbaj și comunicare sunt deosebit de pronunțate și se manifesta, de timpuriu, prin slabul interes în achiziția limbajului. Autiștii nu răspund la comenzile verbale și pot prezenta o reacție întârziată la apelul numelui lor. Vorbirea se însușește cu o întârziere mare, fata de normal și se menține o pronunție defectuoasă aproape în toate împrejurările. La 5 ani, pot repeta unele sunete și silabe, iar după însușirea relativă a limbajului, autiștii au tendința de a schimba ordinea sunetelor în cuvânt, de a nu folosi cuvinte de legătură sau de a substitui un cuvânt cu altul apropiat, ca semnificație sau utilitate (lingura cu furculița sau mama eu tata).

Fenomenul ecolalic este evident și dă impresia unui ecou prin repetarea sfârșitului de cuvânt sau de propoziție. Vorbirea este economicoasă și lipsită de intonație, vocabularul este sărac, iar tulburările de *voce* sunt frecvente. Comunicarea nonverbală este și ea deficitară. Propozițiile formulate sunt, adeseori, bizare. Când învață o propoziție, are tendința de a o repeta la nesfârșit.

b) Discontinuitatea, în dezvoltare în învățare rezulta din faptul ca autistul este incapabil de a număra, dar manifesta abilități în realizarea operației de înmulțire, manifesta dificultăți în învățarea literelor, dar învață cu ușurință cifrele.

Ei se orientează bine în spațiu, dar manifesta stereotipii în formarea de comportamente cognitive, caracteristica ce accentuează

și prin lipsa de interes pentru achiziția unor informații noi.

c) Deficiențele perceptuale și relaționale au o mare diversitate și pot fi sesizate încă de la nașterea copilului autist. Acesta este plângăcios, agitat, în majoritatea timpului, agitație însoțită de țipete sau, dimpotrivă, este inhibat, fără interes și fără dorința de a cunoaște lumea înconjurătoare. Unii autiști manifesta o adevărată fascinație pentru lumina sau pentru un obiect strălucitor. Alții nu percep elementele componente ale obiectelor. Unii trăiesc o adevărată plăcere pentru tact și pipăirea obiectelor, în timp ce alții au reacții negative la atingerea obiectelor. În primul caz, se pot atașa, nejustificat, de unele obiecte fără semnificație sau manipulează un timp îndelungat un obiect. Ei pot deveni violenți, fiind deranjați de zgomotul produs la căderea unei; . gume, dar nu manifesta nici o reacție la un zgomot deosebit de puternic (aberații perceptuale și de relaționare . Unora le place muzica, simt ritmul, manifesta chiar abilitați în a cânta, la instrumente muzicale.

Autiștii sunt incapabili să utilizeze pronumele personal, la persoana I.

d) Tulburările acționale și comportamentale sunt cele mai spectaculoase atât prin amploare, ca și prin complexitatea lor. Acțiunile și comportamentele acestor persoane au un caracter bizar și stereotip. Dintre acestea, se remarcă acțiunea de automutilare sau

autodistrugere, când autistul produce acțiuni până la epuizare sau până la distrugerea unor părți ale corpului (autolovirea cu pumnul, cu un obiect sau lovirea cu capul de perete). Pe aceleași coordonate se înscrie și autostimularea ce se manifesta pe mai multe căi:

- kinestezică (legănatul înainte și înapoi, frecarea lobului urechii cu mână);
- tactilă (lovirea coapsei cu dosul palmei, zgârierea cu unghia a ceva tare);
- auditivă (plesnitul din limbă sau emiterea neîncetată a unui sunet);
- vizuală (învârtirea unui obiect strălucitor în fața ochilor sau privirea neîncetată a degetelor);

Alte acțiuni stereotipice se pot manifesta prin:

- rotirea brațelor, ca și când ar fi pe scripete;
- învârtirea pe loc fără să amețească
- mersul pe vârfuri, și uneori, chiar cu mișcări grațioase.

Alte curiozități se manifesta printr-o nevoie redusă de somn, reacții diminuate la durere și frig, modificare: frecvența a dispozițiilor, fără o cauză corespunzătoare. Toate aceste fenomene sunt mai active în copilărie. S-a constatat că între 2-5 ani, comportamentul tipic autist este cel mai evident.

Autiștii au o mare rezistență la substanțe sedative hipnotizante.

e) Disfuncționalitățile proceselor, însușirilor funcțiilor psihice se pot întâlni:

- în oricare palier, dar planul afectiv-motivațional este cel mai activ și transparent, mai cu seamă, din lipsa de interes a autiștilor pentru contactul social și față de trăirile celor din jur (unii se atașează, exagerat, față de obiecte fără semnificații, alții manifestă o frică patologică pentru lucruri obișnuite, dar nu realizează adevăratele pericole).

Deși autiștii nu știu să mintă, ei lasă impresia că ascund ceva, datorită faptului că nu privesc în față persoanele din jur. Comportamentele penibile sunt și ele prezente sub forma lipsei de jenă a autistului: mănâncă de pe jos sau se șterge pe mâini de părul sau de blana cuiva, fac observații penibile, se plimba, întotdeauna, pe același traseu etc.

Afectivitatea e caracterizată de imaturitate ca în handicapul de intelect. Ei nu stabilesc contacte afective decât foarte rar și fără atitudini pozitive constante față de persoanele apropiate. Au tendința de izolare, de închidere în eu-l propriu.

Unii trăiesc stări de frustrare, anxietate și hiperexcitabilitate, de unde și posibilitatea de a căpăta anumite fobii.

Jocul autistului demonstrează, și el, nivelul scăzut al dezvoltării psihice. Acesta este asemănător cu cel al sugarului, ca în cazul manipulării obiectelor cu degetele fără capacitatea de a acorda simbol jucăriei sau de ași propune un scop pentru finalizarea acțiunii.

Și din aceasta rezulta ca de multe ori autiștii se asociază cu formele deficienței mintale severe.

Memoria mecanică este relativ bună și în unele cazuri chiar exacerbata, dar ea se dezvoltă în detrimentul celei logice. Astfel, sunt capabili să-și reamintească și să reproducă expresii verbale, auzite în diverse împrejurări, poezii, să recunoască melodii, încăperi în care au fost cu ani în urmă.

Toate aceste caracteristici au efecte negative în planul personalității și al evoluției în dezvoltarea psihică generală.

8. TULBURĂRILE DE ÎNVĂȚARE

(după D.V. Popovici, 1998)

8.1. Delimitări conceptuale

Sintagma „tulburări de învățare” este cunoscută în literatura de specialitate sub denumiri sinonime cum ar fi: deficiențe de învățate, greutate sau dificultăți de învățare.

Preocupările pentru definirea, caracterizarea și recuperarea copiilor cu tulburări de învățare sunt relativ recente și datează de la începutul anilor 60.

Elucidarea diverselor aspecte, legate de tulburările de învățare a suscitat un interes deosebit în rândul specialiștilor din diferite domenii de activitate: domeniul medical, pedagogic, psihologic, asistență socială, cât și în rândul familiilor acestor elevi.

Complexitatea deosebită a problematicii în discuție a necesitat soluționarea acesteia într-o anumită manieră interdisciplinară.

Sintagma tulburări (deficiențe) de învățare a fost introdusă în literatura de specialitate anglo-saxonă în 1963, la întâlnirea unui grup de părinți americani cu copii cu dificultăți de învățare.

Grupuri din ce în ce mai numeroase de cercetători din Europa de Vest și Canada au continuat și amplificat investigațiile începute de cercetătorii americani.

La începutul anilor 90, bogăția informațiilor și cercetărilor realizate pe parcursul a câtorva decenii a permis apariția unor definiții comprehensive și generalizatoare a tulburărilor de învățare și enumerarea trăsăturilor specifice ale acestora.

Definiți:

Țările Europei de Vest și SUA posedă numeroase și variate modalități de definire a sintagmei „tulburări de învățare”

În SUA circulă în prezent trei definiții mai importante:

1. În viziunea Legii Educației din SUA, definirea tulburărilor de învățare prezintă patru caracteristici fundamentale

a. Individul prezintă o tulburare într-unul sau mai multe procese psihice de bază. Aceste procese psihice se referă la procesele cognitive: memoria, percepția auditivă și vizuală, limbajul oral și gândirea.

b. Individul prezintă dificultăți de învățare, în special în domeniile emisiei și recepției limbajului oral și scris-citit, în recunoașterea și înțelegerea cuvintelor și matematicii (calcul și rezolvare de probleme);

c. Problemele individului nu sunt, în primul rând, determinate de cauze legate de deficiențe de văz sau auz, motorii, mintale, tulburări emoționale sau condiții economice, culturale și de mediu nefavorabile;

d. Există o diferență serioasă între potențialul de învățare aparent al elevului și nivelul redus al achizițiilor sale. Cu alte cuvinte, există un nivel al achizițiilor situat sub potențialul de învățare al acestor elevi.

2. Elementele esențiale ale definiției „Comitetului Național pentru Deficiențe de Învățare”, organizație care grupează specialiști americani din domenii diverse, sunt următoarele:

- a. Deficiențele de învățare sunt o categorie heterogenă de deficiențe. Indivizii cu deficiențe de învățare posedă o serie de comportamente și caracteristici specifice.
- b. Problema aparține caracteristicilor intrinseci ale individului. Deficiențele de învățare sunt determinate cu precădere de factori intrinseci persoanei și mai puțin de factori extrinseci, legați de influența mediului sau sistemului educațional.
- c. Problema este cauzată de disfuncțiile sistemului nervos central. Deci, există o explicație ce ține de caracteristicile biologice ale individului.
- d. Deficiențele de învățare pot apare asociate cu alte categorii de deficiențe. De exemplu, indivizii pot avea simultan diferite deficiențe de învățare asociate cu tulburări emoționale.

3. Definiția „Comitetului Interguvernamental pentru Deficiențe de Învățare” cu prinde următoarele puncte:

- a. Copilul poate avea dificultăți legate de ascultare, vorbire, citire, scriere, înțelegere și formare de deprinderi matematice și sociale.
- b. Deficiențele de învățare sunt factori intrinseci ce țin de persoană și se presupune că sunt determinate de disfuncțiile sistemului nervos central. Deficiențele de învățare, se presupune că sunt cauzate de o tulburare a funcțiilor creierului.
- c. Deficiențele de învățare pot fi cauzate în anumite condiții de influențele sociale și deficitele de atenție ale persoanei.

Remarcăm că această definiție include, în plus față de definiția legală americană a tulburărilor de învățare, aspecte legate de influența nivelului scăzut al deprinderilor sociale.

Majoritatea definițiilor date tulburărilor de învățare ale elevilor, în țările dezvoltate ale lumii, au câteva trăsături comune. În acest sens, tulburările de învățare ale elevilor sunt caracterizate prin:

- disfuncțiile sistemului nervos central;
- diferențele și dezechilibrele dintre nivelul de dezvoltare al funcțiilor și proceselor psihice;

- dificultățile în realizarea unor sarcini de învățare școlară;
- discrepanța dintre nivelul achizițiilor și potențialul elevului;
- excluderea altor cauze (acestea nu reprezintă efectul deficiențelor mintale, vizuale, auditive, emoționale și sunt excluse din rândul cauzelor primare efectele influențelor nefavorabile de ordin social și cultural).

8.2. Factori ce determină dificultățile de învățare

Cauzele principale ale deficiențelor de învățare, așa cum rezultă din definițiile de mai sus, rezidă, în special, în disfuncțiile cerebrale, configurația heterocronică și funcționarea defectuoasă a proceselor psihice, caracterizat prin anumite greutăți în realizarea unor sarcini de învățare și realizarea unor performanțe sub posibilitățile reale ale elevului.

Cercetările recente au pus în evidență faptul că acestor cauze li se poate adăuga și o alta, care rezidă în prezența la elev a unui alt tip de inteligență diferită de inteligența școlară, solicitată de procesul de învățământ.

Principalele tulburări întâlnite în mod frecvent la elevii cu deficiențe de învățare sunt următoarele:

1. deficiențe de atenție, datorită cărora elevii nu se pot concentra asupra lecției predate, decât pentru foarte scurte perioade de timp, atenția fiindu-le ușor distrasă și capacitatea de concentrare redusă;
2. deficiențe de motricitate generală și fină cu dificultăți de coordonare spațială a motricității fine și, în general, cu un nivel sărac al actelor motorii;
3. dificultăți în prelucrarea informațiilor perceptive auditive și vizuale. Mulți elevi au greutate de recunoaștere a sunetelor limbi, dar recunosc ușor literele scrise sau prezintă dificultăți ale memoriei de scurtă durată (MSD);
4. lipsuri în dezvoltarea unor strategii cognitive de învățare. Majoritatea elevilor sunt incapabili să-și organizeze activitatea de studiu și sunt lipsiți de un stil propriu de învățare;
5. tulburări ale limbajului oral legate de recepție, nedeveloparea vocabularului, slaba componentă lingvistică și prezența deficiențelor de limbaj;

6. dificultăți de citire (prezente la aprox. 80% dintre acești elevi); principalele greutăți sunt legate de recunoașterea, decodificarea și înțelegerea cuvintelor citite;
7. dificultăți de scriere manifestate prin greutăți în realizarea unor sarcini ce solicită activități în scris;
8. dificultăți în realizarea activităților matematice, concretizate prin slaba însușire a simbolurilor și calculului matematic, precum și a noțiunilor spațiale și temporale folosite la această disciplină;
9. tulburări de comportament social datorate nivelului scăzut al formării deprinderilor sociale, ce determină perturbarea modalităților de acțiune și reacție la diverse situații specifice, dificultăți în stabilirea de relații sociale; de inițiere și păstrare a relațiilor de prietenie.

Distribuția diverselor tulburări de învățare este diferită în funcție de vârsta copiilor. La vârsta preșcolară, cele mai des întâlnite tulburări de învățare sunt cele legate de întârzierea motorie și a limbajului, deficiențele de limbaj, insuficienta precizare a conceptelor și slaba dezvoltare cognitivă. La copiii de vârstă preșcolară adeseori pot confunda tulburările de învățare cu cele de nedezvoltare.

Relația dintre aceste două categorii de tulburări constă în faptul că tulburările de dezvoltare insuficient compensate pot duce, în planul școlarității, la apariția unor tulburări de învățare.

În perioada miciei școlarități, elevii cu deficiențe de învățare prezintă dificultăți la diverse discipline de învățământ: citire, scriere, aritmetică. Au probleme de concentrare a atenției și deprinderi motorii deficitare, manifestate, în special, prin imposibilitatea ținerii corecte a creionului în activitatea de scriere.

Odată cu intrarea în perioada puberală, conștientizarea propriilor deficiențe duce la apariția unor tulburări emoționale și sociale.

În adolescență, agravarea deficiențelor de învățare determină, adeseori, deteriorarea imaginii de sine și apariția unor reacții de respingere socială, ce duc la instalarea unor comportamente deviante.

Deficiențele de învățare nerecuperate în perioada școlarității îl vor însoți pe individ și la vârsta adultă, când pot genera grave probleme de adaptare socială și culturală.

Tulburările de învățare sunt prezente la copii din toate țările lumii, indiferent de cultura, limba și mediul social de apartenență.

Cercetătorii americani au demonstrat că frecvența tulburărilor de învățare este mai mare la băieți decât la fete.

De asemenea, statistici recente din SUA evidențiază faptul că, în cadrul populației de elevi cu cerințe educative speciale, mai mult de jumătate (51%) o reprezintă categoria copiilor cu deficiențe de învățare. Aceștia reprezintă în momentul de față peste 5% din rândul elevilor cu vârsta cuprinsă între 6 –21 ani.

În prezent numărul elevilor cu deficiențe de învățare este în continuă creștere, în numeroase țări dezvoltate ale lumii și datorită includerii în această categorie, mai puțin stigmatizantă, a copiilor cu intelect de limită și handicap mintal ușor. Frecvența acestora atinge pragul maxim la grupa de vârstă 9 –14 ani.

Recuperarea elevilor cu deficiențe de învățare este un proces complex, ce se desfășoară în echipe interdisciplinare de specialiști, conform unor programe adaptate și individualizate, pentru categoria de deficiențe de învățare cărora li se adresează.

CAPITOLUL VI

STRUCTURA INSTITUȚIILOR DE ÎNVĂȚĂMÂNT SPECIAL ȘI INTEGRAT DIN ROMÂNIA

În conformitate cu *“HOTĂRÂREA nr.1.251 din 13 octombrie 2005 privind unele măsuri de îmbunătățire a activității de învățare, instruire, compensare, recuperare și protecție specială a copiilor/ elevilor/tinerilor cu cerințe educative speciale din cadrul sistemului de învățământ special și special integrat”* prezentăm un extras (Anexa nr. 2) din acest document normativ privitor la subiectul tratat în acest capitol.

ANEXA Nr. 2

STRUCTURA, ORGANIZAREA, FORMELE ȘI TIPURILE de instituții, precum și de personal din unitățile de învățământ special și special integrat

CAPITOLUL I

Structura învățământului special și special integrat

Art. 1. - (1) Învățământul special și special integrat din România este parte componentă a sistemului național de învățământ și cuprinde:

- a) grădinițe speciale;
- b) grupe de grădiniță specială organizate în școlile speciale;
- c) școli speciale pentru toate tipurile și gradele de deficiență;
- d) grupe/clase de copii/elevi autiști;
- e) școli de arte și meserii - învățământ special;
- f) licee speciale;
- g) centre sau grupuri școlare speciale;
- h) clase/școli postliceale speciale;
- i) centre de zi;
- j) centre de educație specială*;
- k) centre de pedagogie curativă*;
- l) grupe/clase de copii/elevi cu deficiențe senzoriale multiple (surdocecitate);
- m) școli de reeducare pentru elevii cu deficiențe comportamentale;
- n) școli/clase organizate în spitale, preventorii și penitenciare.

(2) Unitățile de învățământ special menționate la lit. a) vor avea cantine școlare și, după caz, internate școlare.

(3) În învățământul special integrat pot funcționa:

- a) grupe de grădiniță specială în grădinițele de masă;
- b) clase speciale compacte integrate în școlile de masă;
- c) grupuri de elevi cu cerințe educative speciale integrați în școlile de masă;
- d) elevi cu cerințe educative speciale integrați individual în școlile de masă;

- e) clase speciale de arte și meserii integrate în școli de masă de arte și meserii și în licee și grupuri școlare din învățământul de masă;
- f) grupe/clase de copii/elevi infestați cu virusul HIV;
- g) centre logopedice interșcolare*;
- h) centre școlare pentru educație incluzivă*;
- i) centre județene/al municipiului București de resurse și de asistență educațională*.

(4) Metodologia de organizare și funcționare a centrelor marcate cu [*] se stabilește prin ordin al ministrului educației și cercetării.

(5) Unii elevi cu cerințe educative speciale pot fi școlarizați la domiciliu.

Art. 2. - Ministerul Educației și Cercetării poate aproba organizarea de alte tipuri de unități și instituții de învățământ special, în funcție de necesitățile societății și de cerințele minorităților naționale, în conformitate cu legislația în vigoare.

Art. 3. - În vederea realizării acțiunii de integrare a copiilor/elevilor cu cerințe educative speciale în școala de masă, Ministerul Educației și Cercetării, prin inspectoratele școlare județene/al municipiului București, poate dispune:

- a) înființarea sau desființarea unităților școlare speciale;
- b) reorganizarea și restructurarea unor activități din învățământul special;
- c) transformarea unor școli speciale în școli de masă;
- d) transformarea unor școli de masă în școli integratoare;
- e) transformarea unor școli speciale în centre școlare pentru educație incluzivă;
- f) înființarea unor alternative educaționale: centre de educație, centre de pedagogie curativă, centre de zi etc.

Art. 4. - Înființarea, desființarea sau transformarea unor unități de învățământ special se va face în condițiile legii, cu respectarea prevederilor stipulate de legislația internațională în vigoare referitoare la protecția specială și drepturile copilului cu cerințe educative speciale.

Art. 5. - La nivelul școlilor speciale, precum și la cel al școlilor de masă incluzive/integratoare funcționează comisia internă de evaluare continuă, potrivit dispozițiilor art. 24 din [Hotărârea Guvernului nr.1.437/2004](#) privind organizarea și metodologia de funcționare a comisiei pentru protecția copilului. Metodologia de organizare și funcționare a

comisiei interne de evaluare continuă se stabilește prin ordin al ministrului educației și cercetării.

CAPITOLUL II

Formele învățământului special și special integrat

Art. 6. - Învățământul special și special integrat cuprinde:

- a) învățământ de zi;
- b) învățământ seral;
- c) învățământ cu frecvență redusă;
- d) învățământ cu scutire parțială de frecvență;
- e) școlarizare la domiciliu.

Art. 7. - Copiii/elevii cu cerințe educaționale speciale, școlarizați prin formele de învățământ special integrat, beneficiază de toate drepturile stipulate de legislația în vigoare privind protecția specială a copilului, precum și de programe de compensare, recuperare, reabilitare, terapie din învățământul special, care au ca finalitate reabilitarea și integrarea școlară și socială.

CAPITOLUL III

Organizarea învățământului special și special integrat

Art. 8. - Unitățile de învățământ special și special integrat sunt coordonate metodologic inspectoratelor școlare județene/al municipiului București.

Art. 9. - Conținutul învățământului special și special integrat se reglementează prin:

- a) curriculum național pentru învățământul special și special integrat;
- b) curriculum specific pentru învățământul special;
- c) curriculumul școlii de masă adaptat pentru învățământul special integrat;
- d) metodologii, ghiduri și îndrumătoare specifice, elaborate și aprobate de Ministerul Educației și Cercetării.

Art. 10. - Pentru organizarea, coordonarea, și conducerea întregului proces de instrucție și educație specială, terapie și

compensare, reabilitare și integrare din cadrul învățământului special și special integrat, inspectoratele școlare județene/al municipiului București normează:

- a) cel puțin un post de inspector școlar de specialitate pentru învățământ special și special integrat cu jumătate de normă; sau
- b) un post de inspector școlar de specialitate pentru învățământ special și special integrat - în județele în care există cel puțin 5 unități de învățământ special și cel puțin 100 de copii/elevi cu cerințe educative speciale integrați în învățământul de masă.

Art. 11. - Absolvenții unei facultăți de profil cu una dintre specializările: psihopedagogie specială, pedagogie, psihologie, pedagogie socială sau cu orice specializare echivalentă pot ocupa orice funcție didactică din învățământul special.

Art. 12. - Posturile/funcțiile didactice și didactice auxiliare din învățământul special și special integrat, precum și condițiile de ocupare a acestora sunt prevăzute în [Legea nr. 128/1997](#) privind Statutul personalului didactic, cu

modificările și completările ulterioare. Pentru funcțiile didactice de învățător/profesor de sprijin/itinerant, precum și pentru cele de învățător /profesor -educator:

- educatorul și cadrul didactic de sprijin/itinerant își desfășoară activitatea respectând principiul continuității; aceștia pot fi încadrați la orice nivel de învățământ și pot trece de la un nivel de învățământ la altul, fiind salariați conform studiilor;
- diferențierea (învățător /profesor-educator, precum și educatoare /învățător/profesor de sprijin/itinerant) se realizează în funcție de nivelul studiilor, nu în funcție de nivelul clasei la care este încadrat.

Art. 13. - Cadrele didactice care activează în învățământul special integrat beneficiază de drepturile prevăzute în [Legea nr. 128/1997](#), cu modificările și completările ulterioare, pentru personalul didactic din învățământul special.

Art. 14. - Structura, organizarea, normarea și încadrarea personalului didactic auxiliar, administrativ și medical din unitățile din învățământul special integrat sunt cele

prevăzute în cuprinsul prezentei anexe de la învățământul special.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

- 1 **Buică, C.B.** (2004), „Bazele defectologiei”, București, Ed. Aramis
- 2 **Carantină, D.** (1998), „Integrarea școlară a copilului cu handicap fizic”, în Verza, E., Păun, E. (1998), *„Educația integrată a copiilor cu handicap”*, Iași, Ed. POLIROM
- 3 **Popovici, D.V.** (1998), „Elevi cu tulburări de învățare”, în Verza, E., Păun, E. (1998), *„Educația integrată a copiilor cu handicap”*, Iași, Ed. POLIROM
- 4 **Radu Gh., Popovici, D.V.** (1998), „Tulburările de dezvoltare la copii și problematica integrării lor școlare”, în Verza, E., Păun, E. (1998), *„Educația integrată a copiilor cu handicap”*, Iași, Ed. POLIROM
- 5 **Radu, Gh.** (1998), „Evaluarea copiilor cu cerințe educative speciale”, în Verza, E., Păun, E. (1998), *„Educația integrată a copiilor cu handicap”*, Iași, Ed. POLIROM
- 6 **Radu, Gh.** (1999), „Psihopedagogia dezvoltării școlarilor cu handicap”, București, E.D.P.
- 7 **Radu, Gh.** (2000), „Psihopedagogia școlarilor cu handicap mintal”, București, Ed. Pro Humanitate
- 8 **Radu, Gh.** (2002), „Psihologie școlară pentru învățământul special și integrat - sinteze”, București,

- 9 **Rozorea, Anca, (2003),** Ed. Fundației Humanitas
„Deficiențele senzoriale din perspectiva psihopedagogiei speciale – Psihopedagogia deficienților de vedere – vol. I”, Constanța, Ed. Ex Ponto
- 10 **Rozorea, Anca, (2003),** „Deficiențele senzoriale din perspectiva psihopedagogiei speciale – Psihopedagogia deficienților de auz – vol. al II-lea”, Constanța, Ed. Ex Ponto
- 11 **Rusu, C., Carantină D. ș.a. (1998),** „Handicap, readaptare, integrare”, București, Ed. Pro Humanitate
- 12 **Shea, M.Th., Bauer Anne Marie, (1994),** „Learners with Disabilities”, Dubuque, Iowa, Wm. C. Brown & Benchmark
- 13 **Stănică, I., Popa, Mariana, (1994),** „Elemente de psihopedagogia deficienților de auz”, București, I.N.R.E.S.P.H.
- 14 **Stănică, I., Popa, Mariana, Popovici, D.V. (2001),** „Psihopedagogie specială – deficiența de auz”, București, Ed. Pro Humanitate
- 15 **Ștefan, M. (2000),** „Psihopedagogie specială – deficiența de vedere”, București, Ed. Pro Humanitate
- 16 **Verza E.F. (1998),** „Integrarea școlară a copiilor cu handicap asociat și profund” în Verza, E., Păun, E. (1998), „*Educația integrată a copiilor cu handicap*”, Iași, Ed. POLIROM
- 17 **Verza, E.F. (2002),** „Introducere în psihopedagogia specială și în asistența socială”, București, Ed. Fundației Humanitas
- 18 **Verza, E. (1998),** „Tulburări de limbaj”, în Verza, E., Păun, E. (1998), „*Educația integrată a copiilor*

- 19 **Verza, E. (2003),** *cu handicap*”, Iași, Ed. POLIROM
- 20 **Verza, E. (coord.),** „Tratat de logopedie – vol. I” București, Ed. Fundației Humanitas
- 21 **Verza, E. (coord.) (1987),** „Revista de psihopedagogie”, București, Ed. Fundației Humanitas, nr. 2004 – 2006
- 22 **Verza, E. (coord.), (1988),** „Metodologii contemporane în domeniul defectologiei și logopediei”, București, Tipografia Universității din București
- 23 **Verza, E. (coord.), (1997),** „Probleme de defectologie”, București, Tipografia Universității din București
- 24 **Verza, E., Păun, E. (1998),** „Ghidul educatorului”, Iași, Ed. POLIROM
- 25 **Verza, E. (1995),** „Educația integrată a copiilor cu handicap”, Iași, Ed. POLIROM
- „Psihopedagogie specială – manual pentru școli normale”, București, E.D.P.